Küreselleşme ve Sağlık

Süreç, Kanıtlar ve Politika



Editörler:
Ronald Labonté
Ted Schrecker
Corinne Packer
Vivien Runnels

İNSEV YAYINLARI

KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK

Süreç, Kanıtlar ve Politika

Editörler:

**RONALD LABONTÉ, TED SCHRECKER,
CORINNE PACKER VE VIVIEN RUNNELS**

Çeviri Editörleri:
İlker KAYI
Yeşim YASİN

İNSEV
YAYINLARI

İNSEV YAYINLARI 3

Küreselleşme ve Sağlık
Süreç, Kanıtlar ve Politika

Editörler:
RONALD LABONTÉ, TED SCHRECKER
CORINNE PACKER VE VIVIEN RUNNELS

Çeviri Editörleri:
İlker Kayı / Yeşim Yasin

Çevirmenler:
Akif AKALIN / Gürkan KILIÇASLAN
Reci MESERİ / Mehmet EKİNCİ
Alaz KILIÇASLAN / Nilay ERTEN
Leyla PUR / Ayşegül TÖZEREN
Ceylan ERGÜL

ISBN 978-975-01590-2-2

1. Basım: Ekim 201 l, İstanbul (1000 adet)

Kitabın Özgün Adı:
Globalization and Health
Pathways, Evidence and Policy

Orjinal Baskı: Routledge, 2009

Genel Koordinatör: Fatih Artvinli

Türkçe yayın hakkı İNSEV'e aittir.

Kapak Tasarımı: Murat Akkan
Dizgi: Yeşim Ercan

Baskı: Ezgi Matbaa
Sanayi Cad. Altay Sk. No:14
Yenibosna- Istanbul 0212 452 23 02

Türkçe Baskıya Önsöz

Editörlüğünü üstlendiğimiz kitabımız Küreselleşme ve Sağlık: Süreç, Kanıtlar ve Politika'nın Türkçe çevirisi için kısa bir önsöz yazıyor olmaktan mutluluk duyuyorum. Bu kitap Dünya Sağlık Örgütü bünyesindeki Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun Küreselleşme Bilgi Ağı tarafından yapılmış olan işlerin büyük bir kısmını bir araya toplamıştır. Ortaya koyduğumuz bulgular bugün hâlâ, hatta toplandıkları 2008 yılında olduklarından bile fazla dikkat çekicidir. Yine de kitabımızın Türkçe edisyonunun basılması, yakın zamanda küresel sağlığı olumsuz etkilemiş olan küreselleşme olayları üzerine düşünmek için bir fırsat vermektedir.

Kitabımızın İngilizce edisyonunun basımından kısa süre önce, Komisyonun son raporunun basımından da iki ay sonra mali bir kriz dünyayı etkisi altına aldı. Kriz, ekonomilerin küresel çapta birbirine bağlılık düzeyini ve ayrıca risklerin ve ödüllerin dağılımındaki asimetriyi dramatik derecede artırdı. Krizin etkilerini ilk ve en ağır şekilde hissedenler krizin oluşumunda hiçbir rolü olmayan ve sonuçlarını çok az kontrol edebilen kişilerdi. Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund – IMF) krizin ekonomik sonuçları nedeniyle 2009 ve 2015 yılları arasında düşük ve orta gelirli ülkelerde fazladan 265.000 bebek ve 5 yaş altı 1,2 milyon çocuğun öleceğini tahmin etmektedir (World Bank & International Monetary Fund, 2010). Mali çöküşün sıfır noktası olan Amerika Birleşik Devletleri'nde, 2009'un sonlarında ipotek altındaki 3 milyon eve el koyuldu, bir milyon öğrenci evsizdi ya da uygunsuz evlerde yaşamak durumundaydı, dört çocuktan birinin ailesi ise devletin verdiği yemek pulu olarak anılan gıda karnelerini kullanıyordu (DeParle & Gebeloff, 2009). Bu mağdurlardan çok azı, varlığa dayalı menkul kıymet dünyasının esrarlı ortamında – krizi tetikleyen de buradaki istikrarsızlıktı – etkin oyunculardı. Bir yıl içinde zengin yatırım bankacılarından (kulağa, küresel mali kumarcı ifadesinden daha güzel gelen bir terim) kaynaklanan borçlar kamu sorumluluğu altına alındı; bu da bir çok ülkede halk sağlığı ve sosyal koruma alanlarında benzeri görülmemiş kesintilere neden oldu. (Schrecker, 2011)

Mali kriz izole bir olay değilidir, tersine küresel pazar gelişiminin yeni ve çok adaletsiz bir aşamasının parçasıdır. Sıklıkla adı "reel ekonomi" olarak geçen sistemde mal ya da hizmet satmaktansa insanları toprakları üzerindeki haklarından yoksun bırakarak ve opak yatırım biçimleri aracılığıyla (2008'deki krizde başlayan, banka borçlarının yatırım araçları olarak demet halinde bir araya getirilmesine benzer şekilde) sermaye edinmenin daha kolay olduğu yağmacı bir kapitalizm dönemi yaşamaktayız (Mohindra, Labonté and Spitzer, 2011). Örneğin, 2007-2008'de gıda fiyatlarında görülen ani artışlar tarımsal malların spekülatif ticaretinde yaşanan genişleme ile ilişkilidir (Conceição & Mendoza, 2009), bunun bir kısmı hükümetler tarafından,

bankalara sundukları kurtarma paketleri sayesinde dolaylı yoldan finanse edilmiştir (Hudson, 2010). Sonuç olarak ortaya çıkan malnütrisyonu yatırımcılar değil yoksullar çekmiştir. Şimdi kalkınma araştırmacıları, mali istikrarsızlık, güvensiz gıda ve iklim değişimi gibi birbiriyle etkileşim içindeki dinamikleri içeren, uzun sürecek ve mevcut yokluk paternini artıracak olan bir "üçlü kriz" uyarısında bulunuyorlar (Addison, Arndt, & Tarp, 2010). Bu sırada hükümetlerin yeniden başlatmaya çok hevesli olduğu ve 2010'dan beri hız kazanan "reel üretim ve tüketim ekonomisi" şimdiye dek kaydedilmiş en yüksek sera gazı emisyonu düzeylerine neden oldu. Bunun sonucunda iklim değişimi konusunda çalışan birçok biliminsanı artık tek seçeneğin hasar kontrolü olduğuna karar verdiler (Environmental News Service, 2011). Diğer yandan görünüşe göre bazı şirketler ve devlet fonları yoksul, borçlu ve sıklıkla pek de demokratik olmayan ülkelerde şimdiden geniş tarım arazileri edinmiş durumdadır (Deininger and Byerlee, 2010) – tabii ki bu ülkelerdeki fakirleri doyurmak için değil kendi vatandaşlarına gıda sağlamak için (Bkz: http://farmlandgrab.org/cat/world-bank).

Bu koşullar karşısında, Komisyon'un küresel ekonomik düzende değişim önerisi ve bu değişimin etik bir zorunluluk olduğu konusundaki ısrarı neredeyse çaresiz bir aciliyet taşımaktadır. Güncel mali ve çevresel bozukluğun ekonomi-politiği, henüz ekolojik öz yıkım ve piyasa tehditlerine karşı son derece dirençli görünmektedir. Çoğumuz 2008'de dünyanın daha iyiye doğru derin bir değişim geçireceğini sanmıştık. Oysa bazı bölgelerdeki hakkaniyete dayalı ilerlemeler ve başkalarında uzun süredir var olan otokrasilere beklenmedik karşı çıkışlara rağmen dünya iyiye gitmedi, en azından çoğu yerde. Bu kadar acil ihtiyaç duyduğumuz hakkaniyetli bir şekilde sağlığı geliştirmenin derinlikli yapısal biçimleri ancak daha da derin krizlerle ortaya çıkabilir. Gündelik ve çoğunlukla yerel halk sağlığı çabalarımızı sürdürürken görevimiz, ilk olarak ulusal ve küresel düzeylerde değişim sağlamaya çalışan birey ve kurumları desteklemek, ikincisi de bir toplumsal düzenin – özellikle de insan ve hayvan sağlığı ile ekolojik sağlık çeperlerden ziyade onun merkezini oluşturuyorsa – neye benzeyeceğine dair bir şablonunn büyütülmesine yerel olarak katkı sağlamaktır.

Kitaba katkıda bulunanlar ve diğer editörler adına bu kitabın Türkçe çevirisini içtenlikle karşılıyor ve kitabın basımını gerçekleştirmek için çok çalışmış olan Türkiyeli sağlık aktivistlerine teşekkür ediyorum.

Ronald Labonté
18 Temmuz 2011

rlabonte@uottawa.ca
www.globalhealthequity.ca
www.phmovement.org

Kaynaklar

Addison, T., Arndt, C., and Tarp, F. (2010). The Triple Crisis and the Global Aid Architecture, Working Paper No. 2010/01. Helsinki: World Institute for Development Economics Research. Available at: http://www.wider.unu.edu/publications/working-papers/2010/en_GB/wp2010-01/_files/82784791381278751/default/2010-01.pdf

Conceição, P. and Mendoza, R. U. (2009). Anatomy of the Global Food Crisis. Third World Quarterly, 30, 1159-1182.

De Parle, Jason and Gebeloff, Robert (2009, November 29). Across U.S., Food Stamp Use Soars and Stigma Fades. New York Times.

Deininger, K. and Byerlee, D. (2010) Rising Global Interest in Farmland: Can It Yield Sustainable and Equitable Benefits? The World Bank, Agriculture and Rural Development, Washington, D.C. Available at: http://siteresources.worldbank.org/INTARD/Resources/ESW_Sept7_final_final.pdf

Environment News Service. (2011, May 31) Global Greenhouse Gas Emissions Jump to Record Levels. Environment News Service, Bonn. Available at: http://www.ens-newswire.com/ens/may2011/2011-05-30-02.html

Hudson, M. (2010) US "Quantitative Easing" Is Fracturing the Global Economy. Working Paper No. 639, Levy Economics Institute of Bard College. Available at: http://www.levyinstitute.org/pubs/wp_639.pdf

Mohindra, K., Labonté, R. and Spitzer, D. (2011) The Global Financial Crisis: Whither Women's Health? Critical Public Health, DOI:10.1080/09581596.2010.539593.

Schrecker, T. (2011) Why are some settings resource-poor and others not? The global marketplace, perfect economic storms, and the right to health. Canadian Journal of Public Health 102(3), 204-209.

World Bank and International Monetary Fund (2010). Global Monitoring Report 2010: The MDGs after the Crisis. Washington, DC: World Bank. Available at: http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2010/Resources/6911301-1271698910928/GMR2010WEB.pdf

Çeviri Editörlerinin Notu

İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı (İNSEV) olarak bugüne dek iki kitap yayınladık: İlki **"Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?"**, ikincisi de **"Sağlığın Sosyal Belirleyicileri"**. Her iki kitap da fazlasıyla ilgi gördü ve geniş bir okur kitlesine ulaştı. Bu iki kitabın ardından rotamızı sağlığın sosyal ve belki de en önemli belirleyicilerinden biri olan küreselleşmeye doğru çevirdik.

Elinizdeki kitap bir yandan küreselleşme gibi karmaşık ve çok yönlü bir konuyu, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Sağlık Örgütü gibi ilgili aktörlerin rollerini de açıklayarak sağlıkla ilişkili tüm yönleriyle birlikte ele almaya çalışırken, öte yandan inceleme nesnesi haline getirdiği her konuyu derinlemesine incelemeyi; çözüme yönelik politika önerileriyle de destekleyerek okura sunmayı hedeflemektedir. Eserin bazı bölümleri daha uzmanlaşmış bir okur grubuna hitap etmeyi amaçlıyor olsa da kitap, sağlık, sosyal bilimler ve genel anlamda politika ile ilgili çalışma yapan araştırmacılar, akademisyenler, öğrenciler ve sağlık çalışanları için çok rahat takip edilebilir niteliktedir. Türkçe çeviride, elden geldiğince sade ve anlaşılır bir dil kullanmaya özen gösterdik.

Dikkatli okurumuz, yazarlarımızın çoğunun, tıpkı Vakfımız gibi "Halkların Sağlık Hareketi (People's Health Movement – PHM)" ile bağlantılı olduğunu fark edecektir. Hatırlayacağınız üzere, PHM'nin **"Halkların Sağlık Bildirgesi"** ve **"Cuenca Bildirisi"** gibi en temel iki metni, daha önce İNSEV tarafından Türkçe'ye çevrilerek bir kitapçık şeklinde yayımlanmıştı. Kitabın baskıya girdiği şu günlerde ise, her üç yılda bir yayımlanan ve DSÖ'nün dünya raporlarına meydan okuyan **"Global Health Watch"** raporunun üçüncüsü yayımlanıyor. İNSEV YAYINLARI, insan sağlığı ve sağlığın politik yönünü sorgulayan bu türden yayınları, Türkçe'ye kazandırmaya devam edecektir.

İNSEV, gönüllü ve üretken bir grup insandan oluşan küçük bir aile. Her konuda birbirini cesaretlendirici, destekleyici, dayanışma içinde çalışan bir ekip. İşte bu ekip çalışmasının bir ürünü olan elinizdeki bu kitabın çeviri editörleri olarak, çeviri ekibiyle birlikte verdiğimiz emekle ve ayırdığımız zamanla zenginleştik. Kitabın yayına hazırlanması sırasında bizim için değerli katkı, görüş ve emeklerini esirgemeyen Prof. Dr. Selma Karabey, Prof. Dr. Zeynep Solakoğlu, Prof. Dr. Işın Kılıçaslan, Dr. Ayşegül Tözören, Dr. Ceylan Ergül ve Dr. Akif Akalın'a teşekkürü borç biliriz. İNSEV genel koordinatörü Fatih Artvinli'nin olanca yoğunluğuna rağmen kitabın yayınlanabilmesi için gerekli tüm prosedürleri yerine getirmesinin yanında düşünce ve yorumlarıyla sağladığı katkı bizim için son derece değerlidir.

İNSEV olarak "küreselleşmenin sağlıkla birlikte okunması" diyebileceğimiz bu yayını Türkçe'ye kazandırmaktan ayrıca mutluluk ve heyecan duyuyor, iyi okumalar diliyoruz.

İlker Kayı-Yeşim Yasin

Sunuş

Küreselleşme ve Sağlık, İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı'nın (İNSEV) sağlık politikaları ve sağlık sosyolojisi alanındaki üçüncü kitabı olarak nihayet elimizde. Küreselleşme çağımızın esas belirleyici ekonomik politik eğilimi olarak her alanda olduğu gibi sağlıkta da büyük değişimleri ortaya çıkarmaktadır.

Sağlıkta daha önceleri kamu tarafından yerine getirilen sorumluluklar, dünya ölçüsünde piyasa güçlerine, piyasanın arz-talep mekanizmalarına terk edilmekte. Bu süreç ise sağlıkta giderek artan adaletsizliğin başlıca nedeni olmaktadır. Sonuçta zengin ülkelerde ortaya çıkan sağlıktaki aşırı tüketimle, diğer ülkelerdeki yoksul kitlelere yönelik sağlık hizmetlerinin gerilemesi birbiriyle bağlantılı olarak gelişmektedir.

Elimizdeki kitap küresel ekonomik politik analizden, sağlık için mücadelenin gerekliliği ve temel ilkelerine kadar bütün bu süreçleri birlikte ele almaktadır. Türkçeye kazandırılan bu eserin sağlığın politik ve toplumsal yönü konusunda Türkçe kaynak gereksiniminin karşılanmasına olduğu kadar sağlığı temel bir insan hakkı olarak gören toplumsal mücadele güçlerine de anlamlı bir dayanak sağlayacağı umudundayız.

Prof.Dr. Zeki KILIÇASLAN
İNSEV
İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı
Yönetim Kurulu Başkanı

İÇİNDEKİLER

1 Giriş: Küreselleşmenin Halkların Sağlığına Tehditleri 11
Ronald Labonté ve Ted Schrecker

2 Küreselleşme ve Sağlık İlişkisi Üzerine Ampirik Bir İnceleme 46
Giovanni Andrea Cornia, Stefano Rosignoli, Luca Tiberti

3 Küresel Politik-Ekonomik ve Jeopolitik Süreçler, Yapılar ve Eğilimler 77
Patrick Bond

4 Emek Piyasası, Hakkaniyet ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri 95
Ted Schrecker

5 Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Sağlık İçin Politika Alanı ve Küreselleşme 120
Meri Koivusalo, Ted Schrecker ve Ronald Labonté

6 Liberalleşme "Şokları" ve Sosyal Koruma Politikları:
Doğu Asya Mali Krizinden Dersler 146
Aniket Bhushan ve Chantal Blouin

7 Sağlığın Küresel Finansmanı: Yardım ve Borçların Hafifletilmesi 167
Sebastian Taylor ve Michael Rowson

8 Küreselleşme ve Sağlık Sistemleri Değişimi 200
John Lister ve Ronald Labonté

9 Küreselleşme ve Sağlık Emekçilerinin Sınır Ötesi Akışı 234
Corinne Packer, Ronald Labonté ve Vivien Runnels

10 Küreselleşme, Ticaret ve Beslenme Dönüşümü 256
Corinna Hawkes, Mickey Chopra ve Sharon Friel

11 Fikri Mülkiyet Hakları ve Sağlık Alanında Ortaya Çıkan Eşitsizlikler 285
Carlos M. Correa

12 Küresel Sağlık Yönetişimi 314
Kelley Lee, Meri Koivusalo, Eeva Ollila, Ronald Labonté, Claudio Schuftan ve David Woodward

13 Haklar, Gelirin Yeniden Dağıtımı ve Regülasyon 343
Ronald Labonté ve Ted Schrecker

14 Küreselleşme, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Sağlık Mücadelesi 360
David Sanders

1. Bölüm

GİRİŞ

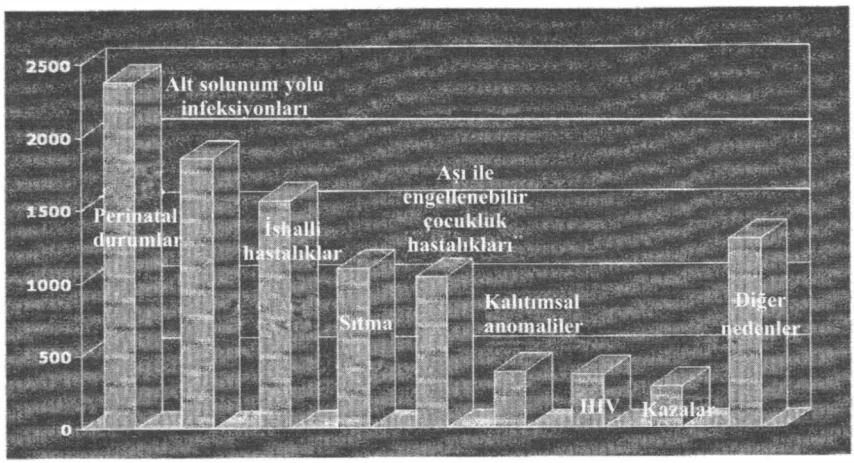
Küreselleşmenin Halkların Sağlığına Tehditleri

Ronald Labonté ve Ted Schrecker

Bu kitap, çağdaş küreselleşme ile sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB) arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırma ağının bazı bulgularını, sağlıkta eşitliğe özellikle dikkat çekerek anlatmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri derken, basitçe bazı insanlar için sağlıklı ve uzun bir yaşam sürmeyi göreli olarak kolaylaştıran ve bazıları için ise bunu imkânsız hale getiren yaşam ve çalışma koşullarından söz etmekteyiz. Özellikle küresel çerçevede SSB'yi ciddiye almak demek, "milyarlarca insanın gündelik yaşamlarını ciddi şekilde mahveden sorunların çoğunun tek ve temel kaynaktan ortaya çıktığını kabul etmeye başlamak demektir: yoksulluk ve eşitsizliğin sonuçları" (Paluzzi&Farmer 2005, s.12). Biz, sağlıkta eşitliği "sistematik olarak sosyal avantaj ve dezavantajlarla ilişkili olan, sağlıkta (ve sağlığın ana toplumsal belirleyicilerinde) farklılıkların olmayışı" olarak tanımlıyoruz (Braveman&Gruskin, 2003, s. 256).

Sağlıkta eşitlik için bu özgün tanımı referans göstererek ya da göstermeden verilen küresel vaatler yeni değildir. 1978 yılında bir dönüm noktası olan Alma-Ata Birleşmiş Milletler konferansı, 2000 yılında herkese sağlık hedefini önermiştir (World Health Organization – Dünya Sağlık Örgütü, 1978). Ancak 2007 yılında, hedefe doğru bir ilerleme kaydedilmiş olmasına rağmen, yüksek gelirli ülkelerde önemsiz sayılabilecek maliyetlerle kolayca önlenebilecek veya tedavi edilebilecek nedenlerden her yıl milyonlarca insan ölmekte veya sakat kalmaktadır (World Health Organization, 2004). Örneğin, her yıl %97'si düşük ve orta gelirli ülkelerde olmak üzere beş yaşın altında on milyondan fazla çocuk, endüstrileşmiş ülkelerde nadir, hatta artık hiç adı duyulmayan sebeplerden ötürü ölmektedir (Şekil 1.1). Beslenme yetersizliği – gıda üretimi için gerekli kaynaklara erişimin, gıda satın almak için gelir durumunun veya basitçe doğru besin öğelerine erişimin yetersizliğinden kaynaklanan tartışma götürmez bir ekonomik olgu – bu ölümlerin kabaca yarısının altında yatan nedendir (Bryce, Boschi-Pinto, Shibuya, &Black, 2005) ve temiz su ve sanitasyona erişememek 1,5 milyon ölüme katkıda bulunmaktadır (Black, Morris, & Bryce, 2003). Benzer bir şekilde, insidans ve savunmasızlığın sıklıkla doğrudan yoksulluk, ekonomik güvencesizlik veya ekonomik marjinalleşme ile ilişkili olduğu birçok bulaşıcı olmayan hastalık ve yaralanmanın eşitsiz da-

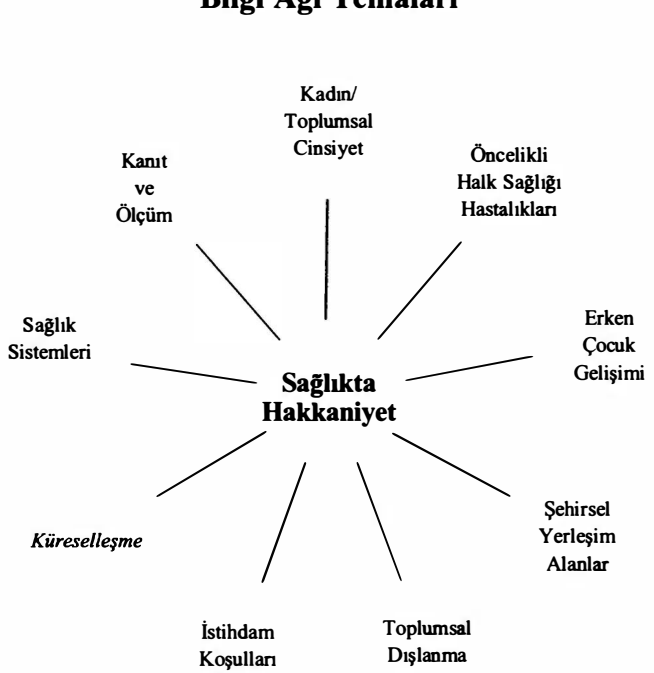
ğılımından söz eden literatür hacmi genişlemektedir (Uauy, Albala, & Kain, 2001; Chopra, Galbraith, & Darnton-Hill, 2001; Peden, McGee, & Sharma, 2002; Nantulya, Sleet, Reich, Rosenberg, Peden, and Waxweiler, 2003; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2003; Monteiro, Moura, Conde, &Popkin, 2004; Monteiro, Conde, & Popkin, 2004; Ezzati et al., 2005).



Şekil 1.1 Çocuk ölümleri ve yoksulların hastalıkları, 2002.
Kaynak: Stein, Inoue ve Fat, 2004.
Notlar: *Yüzde 97'si gelişmekte olan ülkelerde görülür; ** Kızamık, boğmaca, tetanoz.

2001 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu, sağlığın sadece kalkınmanın olumlu bir yararı değil, aynı zamanda kalkınma için vazgeçilmez olduğunu sergileyerek o güne kadar sürdürdüğünden farklı bir tutum almıştır (Commission on Macroeconomics and Health - Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu, 2001). Hastalıklar, kötü bir beslenme, eğitimden yoksun kalma ve daha çok hastalık kısır döngüsü yaratarak, genellikle "tıbbi yoksulluk tuzakları"na (Whitehead, Dahlgren, & Evans, 2001) yol açar – bunların hepsi sağlık durumunda yaygın iyileştirmeler için şart olan (ancak yeterli olmayan) ekonomik kalkınmayı baltalar. Alma-Ata'daki herkes için sağlık vaadi gibi, bu onyılın sonuna kadar her yıl milyonlarca yaşamı kurtarabileceğini tahmin eden komisyon tavsiyelerinin çoğu politikaya dönüştürülmemiştir. Bununla beraber, Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu, değişen uluslararası çevrenin ("küreselleşme") ekonomik ve jeopolitik dinamiklerinin sağlığı nasıl destekleyeceğini ve zayıflatacağını ya da bu dinamiklerinin toplum sağlığını iyileştirmek için nasıl kullanılabileceğini araştırmamıştır.

2005 yılında DSÖ, SSB üzerine eylemin sağlıkta eşitsizlikleri iyileştirmekte ve azaltmakta en adil ve etkin yol olduğu önermesiyle Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nu (SSBK) kurmuştur. Komisyon çalışmalarına bilgi sağlamak



Şekil 1.2 DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun Bilgi Ağları

Kaynak: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu

için kendileriyle ilgili konularda araştırmalardan elde edilen kanıtları incelemekle görevli dokuz Bilgi Ağı (BA) oluşturmuştur (Şekil 1.2). BA'lardan birinin odağı küreselleşme olmuştur ve bu kitabın birçok bölümü, Küreselleşme BA'nın sonuç raporlarına dayalı araştırma derleme faaliyetleri sırasındaki çalışmalara dayanmaktadır (Labonte et al., 2007).

KÜRESELLEŞME VE KÜRESEL PAZAR

Küreselleşme BA, çalışma amacına uygun olarak küreselleşmeyi "ekonomik kararların giderek artan ölçüde küresel koşulların etkisi altında kalmasına yol açan, mal ve hizmet, sermaye, teknoloji ve (daha az ölçüde) emek hareketleri aracılığıyla dünya ekonomisi içindeki daha büyük bir bütünleşme süreci" olarak tanımlamıştır (Jenkins, 2004, s. 1) - başka bir deyişle, "*küresel pazar*"ın ortaya çıkmasına bir gönderme yapmaktadır. Bu tanım, yeni tedavilere, teknolojilere ve sağlığı iyileştirme stratejilerine dair bilginin daha yüksek bir hızda yayılması veya elektronik iletişimin yeni ve *potansiyel* olarak yaygın bir şekilde erişilebilir biçimlerinin sağladığı zenginleştirilmiş politik katılım ve toplumsal katılma fır-

satları gibi olguları dışlamamaktadır. Ancak, yüzeysel olarak ilişkili görünmeyen unsurların arasındaki bağlantıları tanımlamaya veya özgün bir mekanizma grubuna yönelik nedensel öncelikler atamaya yeltenmeyen, küreselleşmeyi basitçe tanımlayan açıklamalarının aksine (örn. Appadurai, 1990; Pappas, Hyder, & Akhter, 2003), biz, Woodward ve arkadaşlarının "son yirmi yıldır ekonomik küreselleşme, genel küreselleşme sürecinin arkasındaki itici güç olmuştur" görüşünü benimsemekteyiz (Woodward, Drager, Beaglehole, & Lipson, 2001, s. 876). Küreselleşmenin ilk bakışta ekonomik doğada görünmeyen birçok boyut ve belirtilerinin en iyi açıklamasının, bunların küresel pazar ile olan bağlantıları ve bu pazardaki belli bazı güçlü aktörlerin çıkarları üzerinden olması, bu görüşü desteklemektedir. Örneğin, kültürün küreselleşmesi; spor, kültür ve tüketici ürünlerinin ittifakı ile meydana gelen endüstri aracılığıyla, yaygınlaştırmanın yanı sıra içerik üretimini de hâkimiyeti altına almış olan ulusötesi kitlesel medya şirketleri ağının ortaya çıkmasından ayrılamaz ve birçok olguda bunlar tarafından yönlendirilir (McChesney, 2000; Miller, 2002; McChesney & Schiller, 2003). Bununla ilişkili olarak, Coca-Cola ve McDonald's gibi markaların küresel çaptaki promosyonları kültürel bir olgu olmanın yanında (kârı ve pazarı genişletmeye yönelik fırsatlar tarafından yönlendirilen) ekonomik bir olgudur, hatta "diyetin küresel üretimine" katkıda bulunur (Chopra & Darnton-Hill, 2004). Bölüm 10'da incelendiği gibi bu durum, birçok gelişmekte olan ülkede, sonuç olarak obezite ve onun yol açtığı sağlık problemlerinde hızlı artışlara neden olmaktadır.

Günümüzdeki küresel pazarın ortaya çıkışı için belirlediğimiz tarih yaklaşık olarak 1973 yılıdır: Bölüm 3'te anlatılan çeşitli olayların gerçekleştiği bu yıl, küresel ekonomik ve politik düzenin yapısında köklü bir değişime işaret etmektedir. Asıl önemli olan yılın belirlenmesinden çok (a) 1970'li yılların başlarında dünya ekonomisi ve jeopolitik yapısının kati surette değiştiğini kabul etmek ve (b) bu değişikliklerin "alelade" oluşmadığını, ekonomik ve politik elitlerin stratejik planlarının bir sonucu olduğunu kabul etmektir (Marchak, 1991; Kozul-Wright & Rayment, 2004). 1990'ların ortalarında "sürdürülebilir demokrasi" umutlarını değerlendirmek üzere toplanan bir sosyal bilimciler konsorsiyumu, başta gelen Batılı hükümetlerin "pazarlar ve özel mülkiyetin erdemlerine olan inançları temelinde ... entellektüel bir plan" geliştirdiklerini vurguladılar. Bunun sonucunda "kapitalizm, tarihsel bir deneme-yanılma süreci içinde evrilme yerine, tarihte ilk defa bir doktrinin uygulanması olarak benimsenmiştir" (Przeworski et al., 1995, s. viii). Plan, başta G7[1] ülkeleri olmak üzere ulusal hükümetler, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund – IMF), en

[1] Endüstrileşmiş önde gelen 7'ler Grubu ülkeleri Kanada, İtalya, Fransa, Japonya, Almanya, Birleşik Krallık (UK), ve ABD'yi içerir. 1976'da ekonomik faaliyetlerden doğan potansiyel olarak zarar verici konuları idare etmek için kurulan G7, 1997 yılında Rusya'nın eklenmesi ile G8 haline gelmiştir.

son olarak da Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi bireysel ya da çok taraflı kuruluşlar tarafından desteklenip uygulanmıştır (Marchak, 1991; Przeworski et al., 1995; Gershman & Irwin, 2000; Kapur & Webb, 2000). İlk iki örgüt tarafından verilen yapısal uyum kredileriyle ilişkili şartlar (bu bölüm içinde ileride tartışılacaktır), dünyanın büyük bir kısmında piyasaya dayalı ilkelerin üstünlüğünü tesis etmesi bakımından birincil etki kanalını oluşturmaktadır. Banka ve Fonun hem içinde hem de dışında akademik ve profesyonel elitlerden oluşan ağlar, politika tasarımları için piyasa odaklı fikirlerin yayılmasında önemli rol oynamıştır. Bu durum, örneğin, Babb (2002)'ın çalışmasında Meksika'daki akademik ekonomistler, Lee&Goodman (2002)'ın Bölüm 8'de incelenen sağlık sektörü 'reform'unun desteklenmesinde Dünya Bankası'nın rolü ve Brooks'un (2004, s. 54-65) ve Mesa-Lago & Müller (2002, s. 709-12)'ın özellikle Latin Amerika'da kamu emeklilik sistemlerinin özelleştirilmesi ile ilgili çalışmalarında incelenmiştir.

Dünya ekonomisinin komuta merkezlerinden kaynaklanan perspektiflere karşı birçok itiraz vardır ve bu itirazlar, bazı durumlarda küreselleşmenin teknolojik altyapısı ile kolaylaştırılmıştır. Bu altyapının, kurumsal kullanıcıların ihtiyaçları için elzem olmasına rağmen (Schiller, 1999), oldukça farklı amaçlar için kullanılmaya yatkın olduğu da kanıtlanmıştır. Sağlık ve küreselleşme ile ilişkili olmaları açısından, sivil toplum kuruluşları (STK) politikaya etkisinin belki de en iyi bilinen örneği, çok-taraflı kuruluşların savunduğu ekonomik çıkarların üstünlüğüne meydan okumadaki rolleridir. Örneğin, 1990'lı yıllarda, STK faaliyetleri, Fransız hükümetinin Çok-Taraflı Yatırım Anlaşması müzakerelerinden çekilmesine ve takiben Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü tarafından dışlanmasına katkıda bulunmuştur (Birchfield & Freyberg, 2004). 2000'li yılların başlarında STK etkinlikleri sayesinde, Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Antlaşması'nın (TRIPs) farklı bir şekilde yorumlanması mümkün olmuştur. Böylece, sağlıkla ilgili kaygıların bazı koşullarda, DTÖ'nün kurulmasını sağlayan görüşmeler sırasında ilaç firmalarının aktif olarak desteklediği ve uyumlu bir hale getirilmiş olan patent koruması karşısında, bir "koz" olarak kullanılmasına olanak sağlanmıştır ('t Hoen, 2002; Sell, 2003, 2004; Brysk, 2004). Ancak, bu yorumun pratikteki etkisi konusundaki endişeler sürmektedir. Bunun nedeni ilaç sanayisi ve endüstrileşmiş hükümetlerin gayriresmi baskısı ve ikili ticaret anlaşmalarında yer alan "TRIPs-plus" hükümleri olup, bu durum 5. ve 11. bölümlerde tartışılmıştır. Nitekim küreselleşmenin ekonomik boyutlarının üstünlüğü ve SSB'nin ekonomik öğeleri konusunda ısrarlı olmamıza karşın, bakış açımız dar iradeci bir yapıda değildir ve bugünkü küresel ekonomik ve politik düzene egemen olan çıkarlara karşı etkili bir mücadele olasılığına izin vermektedir.

Bölümün geriye kalanı ana hatlarıyla şu şekilde özetlenmiştir. Sıradaki kısımda, küreselleşme ve sağlık ile ilgili bazı ana kavramsal ve metodolojik konuları

özetlemekteyiz. Daha sonra bu alandaki temel bir uyuşmazlıktan söz ediyoruz: esas olarak serbest ticaret referans alınarak tanımlanan küreselleşmenin, ekonomik büyümeye, yoksulluğun azaltılmasına ve eğitim ve sağlık bakımı gibi hizmetlerin kamusal olarak sunumu için kaynak bulunmasına katkı sağladığından toplum sağlığı için ne kadar yararlı olduğu. Bu tartışmanın ardından ilerideki bazı bölümlerde ele alınan çıkarımlarda işaret ettiğimiz nokta, ulusal ekonomilerin giderek birbirine bağlı bir hale gelmelerinin dışavurumunun ve ulusal düzeyde verilen küreselleşme taahhüdünün anahtar "yürütücüsü"nün nasıl bir işleyişe sahip olduğudur: 1970'lerde başlayan ve sıklıkla da kendi kontrollerinin dışındaki nedenlerle birçok gelişmekte olan ülkeyi etkileyen borç krizleri.

Daha sonra, gelecekteki toplum sağlığı anlayışı için kritik alanlardan olan küreselleşmenin sonuçlarına dair iki boyut tanımladık: dünya kentlerinin şekli ve dokusu; doğal çevre ile onun sağladığı ve yaşamı idame ettiren ekosistem hizmet sunumu için çıkarımlar. Bu tartışmaların kısa oluşu konuya verilen öneminin az olduğunun göstergesi değildir. Küreselleşme Bilgi Ağı (KBA) çalışmaları sırasında bu tartışmalara yeterli dikkatin verilememesi, zaman ve kaynak kısıtlılığı nedeniyle basit bir öncelik belirleme durumudur. Kitabın geri kalan bölümlerini ana hatları ile tartışarak bu bölümü sonlandırıyoruz.

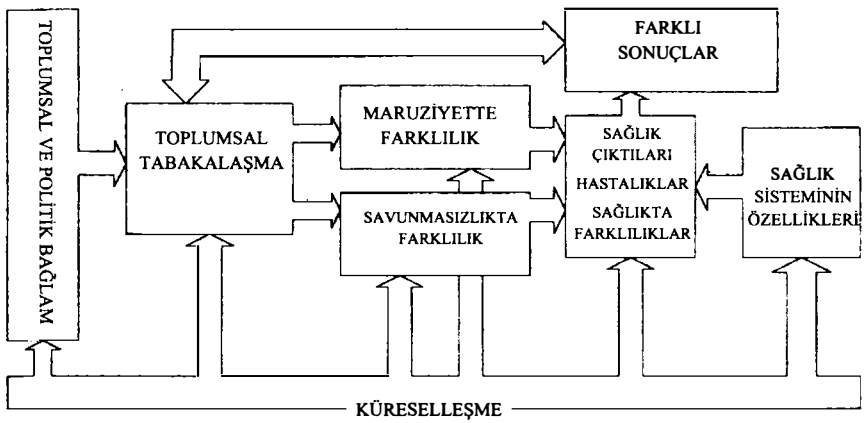
KÜRESELLEŞME VE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİNİ MODELLEMEK: KAVRAMSAL VE YÖNTEMSEL KONULAR

Küreselleşmeyi kapsayan süreçlerin birbirleriyle çeşitli şekillerde etkileşen çoklu yollar aracılığıyla SSB'ye erişimi etkilediği önermesiyle başlıyoruz. Odağımızın sağlıkta eşitlik (ya da sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması) olması ve küreselleşmenin SSB üzerindeki etkisinin toplumlar arasında neredeyse hiçbir zaman eşit dağılmaması nedeniyle, bu kitap boyunca bizim önceliğimiz, küreselleşmenin SSB'ye erişimdeki büyük farklılıkları nasıl etkilediğidir. Bu "eşitlik merceği" yaklaşımı aynı zamanda nelerin küreselleşmenin olumsuz etkileri olarak tanımlanabileceği konusundaki vurgumuzu da açıklamaktadır: çok sayıdaki uluslararası kanıta dayanarak, SSB'ye erişimdeki büyük farklılıkların, olumsuz yönde etkilenmiş olanların sağlık durumlarında kötüleşmeye yol açtığını; ayrıca sonuç sağlıkta eşitsizliklerin artması ise, ekonomide veya toplumda başka yerlerde olumlu etkilerle telafi edilse dahi (örneğin zenginlerin sağlığında iyileşme) bu kötüleşmenin kabul edilemeyeceğini düşünüyoruz. Diğer bir ifadeyle, SSB'ye erişimde istenmeyen değişimleri, ilk bakışta, sağlıkta zengin ya da yoksul tüm ülkelerde gözlenen sosyoekonomik gradyanın dikleşmesi olarak kabul ediyoruz (Marmot, 2006).

Diderichsen ve arkadaşları (Diderichsen, Evans, & Whitehead, 2001, s. 14) sağlıkta sosyal farklılıkların açıklanması amacıyla bilimsel olarak geliştirilen kavramsal bir çerçevede "dört ana mekanizma" tanımlamışlardır. Bunlar; sosyal

tabakalaşma, maruziyette farklılık, savunmasızlıkta farklılık ve farklı sonuçlar olarak belirtilmiştir ve bunlar sağlıkta eşitsizliklerin ortaya çıkışında rol almaktadırlar. Küreselleşme, sağlık sonuçlarını bu mekanizmaların her biri aracılığı ile etkileyebilir ve "toplumda gücü, zenginliği ve riskleri üreten ve dağıtan bu merkezi makinelerin" tabakalaşmasına etkisi için yazarların verdikleri referans (Diderichsen et al., 2001, s. 16) özellikle bu bağlamda yerindedir. Bu modelin Bilgi Ağları için kullanılan biraz farklı bir şekli, Şekil 1.3'te basitleştirilmiş bir halde sunulmaktadır.

Biçimlendirilmiş bir örnek bu modelin uygunluğunu göstermektedir. İthalatın serbestleştirilmesi, yerli piyasalara hizmet veren sektörlerde çalışan bazı işçilerin gelirlerini azaltabilir veya işçilerin kayıtdışı ekonomiye kaymalarına neden olabilir. Bu durum sosyal tabakalaşmaya, maruziyette farklılığa (ör: işçilerin yeni teh-



Şekil 1.3 Küreselleşme ve sağlık: Analiz için bir çerçeve.
Kaynak: Yazarlar tarafından Diderichsen ve ark.'na dayanarak geliştirilmiştir. (2001).

likelere maruz kalması gibi) ve savunmasızlıkta farklılığa etki eder (ör: gelir kaybı, yeterli beslenme veya temel sağlık hizmetinin karşılanmasının zorlaşması demektir ya da en uç durumlarda kadınların "yaşamak için seks" yapmaya zorlanması anlamına gelir [Wojcicki & Malala, 2001; Wojcicki, 2002]). Savunmasızlığın artması ayrıca, hane halkının sağlık bakımı veya gelir kayıplarını gidermek için sakladıkları kaynaklarını azaltarak, "yoksulluk tuzaklarına" düşme şansını arttırarak (dolayısıyla sosyal tabakalaşmayı geri-besleyerek) hastalıkların olumsuz sonuçlarını da büyütebilir. İthalatın serbestleştirilmesi, aynı zamanda gelir ve tüketim vergilerinde herhangi bir telafi edici artış öncesinde, gümrük gelirlerini (ve bu şekilde devletin gelir desteği veya sağlık bakımında kamusal harcamalar için kullanacağı fonları) azaltabilir. Dış borcu yüksek olan ülkelerde, dış alacaklılara geri ödeme için fonların saklanması gereksinimi, belki sağlık ve eğitimde

kullanıcı ücretleri getirilerek veya bunlar yükseltilerek, toplumsal harcama üzerinde daha fazla kısıtlılık yaratabilir. (Sağlık sistemlerini şeklin içine ayrı bir öğe olarak dâhil etmenin mantığı, artık daha anlaşılır hale geliyor.) Diğer yandan, ithalatın serbestleştirilmesi eğer ihraç pazarlarına artan erişim ile birlikte gerçekleştirilirse, bazı özel gruplar için yeni iş olanakları yaratılabilir. Örneğin, ihracat işleme bölgelerinde çalışan kadınlar bu şekilde güçlendirilerek ataerkil sosyal yapılardan (sosyal tabakalaşma) kurtulup ekonomik bağımlılıklarını azaltabilirler.

Şematik sunumlarla yaratılan basitlik duygusuna rağmen, hiçbir şema küreselleşmenin karmaşıklığını ve sonuçlarını bu kadar yakalayamaz. Küreselleşme karşılıklı etkileşen çoklu politik dinamikleri veya süreçleri içermektedir. Bu etki ve süreçlerin birbirinden ayrımı imkânsız olmasa bile oldukça güçtür. Küreselleşmeden SSB'deki değişimlere giden yollar her zaman düz değildir, birbirlerinden ayrı çalışmazlar ve birçok evreyi ve geri-beslenme döngüsünü içerebilirler. Çevresel değişim ve insan sağlığı arasındaki nedensel bağlantıların çözümlenmesi görevi ile benzerlikler mevcuttur. Bunlar, DSÖ'nün Milenyum Ekosistem Değerlendirme projesi sonuçlarının sağlık üzerine etkilerini derleyen yayınlarında belirtildiği gibi "sıklıkla dolaylıdır, zaman ve mekanda yer değiştirmiş ve bir dizi düzenleyici güce bağımlı olduklarından karmaşıktır" (Corvalan et al., 2005, s. 2).

Bu nedenle çoklu disiplinlerce ortaya konan kanıtlara, araştırma tasarımlarına ve hem niceliksel hem de niteliksel bulgular içeren metodolojilere güvenilmesi gereklidir – bu yaklaşım hem niceliksel hem de niteliksel bulguları içerir ve yaygın olarak disiplinler-üstü olarak tanımlanır (Somerville & Rapport, 2000). Ölçek konuları da oldukça önemlidir: örneğin; Zimbabwe'de yapısal uyum bağlamında değerlendirilen yerel ölçekli anket araştırması verileri (Potts & Mutambirwa, 1998; Bassett, Bijlmakers, & Sanders, 2000) ve Güney Afrika'da küreselleşmeyle ilişkili sağlık etkilerini tanımlayan araştırmalar (Gilbert & Gilbert, 2004) ilişkili etki mekanizmalarını yeterince detaylı tanımlayabilmek ve ulusal düzeydeki verilerde açık olmayan ülke içi farklılıkları (örn. bölge, sınıf, cinsiyet) yansıtabilmek için farklı analiz birimleri (örn. hane halkı, bölge, ulusal ekonomi) kullanan çalışmaları bütünleştirmek gerektiğini göstermiştir (Lozano et al., 2001; Gwatkin, 2002; Henninger & Snel, 2002).

Bu nedenle, küreselleşmenin SSB üzerine etkilerinin değerlendirilmesi için gerekli kanıt temeli ve müdahaleler için tanımlayıcı fırsatlar, klinik ve (birçok) halk sağlığı müdahalelerine ilişkin mevcut araştırmalardan farklıdır ve bunlardan daha heterojendir. Özellikle, niteliksel araştırmalar, standart göstergeler tarafından ortaya konmayan farklı etkiler (örn. bölge, cinsiyet, istihdam türü) ile su ve sanitasyon sistemleri için kullanıcı ücretleri ve maliyeti karşılama masrafları konmasıyla yoksullar için yaratılan erişim sorunları gibi konular hakkında bilgi sağlar (Lundy, 1996). Etnografik literatür içerisinde Schoepf (1998, 2002, 2004;

Schoepf, Schoepf, & Millen, 2000), mikro seviyedeki sonuçlar ve makro seviyedeki etkenler arasındaki ilişkileri yeterli derinlik ve ayrıntı ile açıklamakta niteliksel kanıtın değerini göstermektedir. Makro seviyedeki etkenler arasında meta fiyatlarındaki düşme, kamu sektöründe istihdam ve sağlık bakımına sübvansiyonlu erişimde kesintileri içeren iç tasarruf politikaları ve ekonomik çaresizlik nedenli göçler sayılabilir.[2]

Küreselleşme ile SSB arasında politikayla ilişkili bağlantıların kanıt gücünü de içerecek şekildeki en iyi tanımı birçok öğeyi birleştirerek yapılabilir. Bu öğelerin bazıları; (a) ulusal ve uluslararası politika bağlamı ve bunun tarihinin tanımı; (b) sağlığın belirleyicilerindeki değişimi anlatan, ülkeye ya da bölgeye özgü çalışmalar (örneğin; hane halkı gelirinin düzeyi ve bileşimi, emek piyasası değişiklikleri, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişim); (c) bu etkilerden kaynaklanan sağlık verileri ile ilgili gösterilmiş ya da muhtemel değişimler ile ilişkili klinik ve epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen kanıt; (d) etnografik çalışmalar, saha gözlemleri ve "sahadaki" deneyime dayalı birinci elden veriler. Bu öğelerin seçimi rasgele olmamıştır. Bu seçim Şekil 1.1'de tanımlanan farklı seviyelerdeki çalışma ihtiyacını içermektedir ve sadece SSB'deki değişiklikler ile bağlamsal faktörleri birleştirme ihtiyacını değil, bunların dağılımını, bununla birlikte mümkünse SSB ve sağlık verilerindeki değişikliklerin arasındaki ilişkiyi göstermeyi de amaçlar.

Aynı zamanda, kanıt temelinin ve ilgili nedensel zincirlerin karmaşıklığı şu anlama gelir: sonuçları neredeyse tüm değişkenlerin kontrol edilebildiği laboratuvar koşullarında veya epidemiyolojik çalışma tasarımlarında olabilecek bir ispatlanabilirlik derecesiyle ifade edebilmek nadiren mümkün olabilecektir. SSBK'ya başkanlık eden sosyal epidemiyolog Michael Marmot'un belirttiği gibi: "nedenleri aramada yukarı çıktıkça" ve "sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için politikalar formüle ederken gözlemsel kanıtlara ve yargılara" güvenme ihtiyacı arttıkça, küreselleşme mükemmel bir kaynak değişkendir (Marmot, 2000, s. 308). Bir kanıt standardının – ne kadar kanıtın yeterli olacağı – seçimi ve savunması da önemlidir. Ulusal halk sağlığı ve düzenleyici politika bağlamında olduğu gibi (Page, 1978; Schrecker, 2001), altta yatan ve potansiyel olarak rakip değerlere açık referanslar ile karar alınmalıdır. Yanlış pozitif bulgulardan kaçınmaya aşırı ilgi (Tip I hatalar veya sıfır hipotezlerin yanlış reddi) başka bağlamlarda da olduğu gibi, hiçbir şey yapmamak için güvenilir ve rahat bir gerekçe sağlayabilir. Bu "tütün endüstrisinin kanıt standardıdır" (Crocker, 1984, s. 66-67); öyle

[2] Nitel araştırmanın değeri üzerine daha fazla örnekler için bakınız, örn., Dünya Bankası'nın Yoksulların Sesleri çalışması (Narayan, Patel, Schafft, Rademacher, & Koch-Schulte, 1999; Narayan, Chambers, Shah, & Petesch, 2000); Uluslararası Ağ Yapısal Ayarlama Katılımcı Gözden Geçirmesi (Bhattacharya et al., 2002) ve Lund tarafından KwaZulu-Natal, Güney Afrika'da yapılan geçim kaynakları çalışmalarının bir özeti (2004). Komisyon'un diğer BA'ları tarafından benimsenen benzer bir yaklaşım tanımı için bakınız İstihdam Koşulları Bilgi Ağı (2007, s. 25-29).

talepkardır ki, her zaman kanıtın kesin olmadığını iddia etmek mümkündür. Çevre politikası bağlamında, çeşitli şekillerde hata yapıldığında meydana gelebilecek olası sonuçlara açıkça değinmeksizin belirlenmiş kanıt standartları sonucunda ortaya çıkan olumsuz sağlık çıktıları, Page (1978) tarafından ikna edici bir şekilde gösterilmiştir. Bu noktada kanıt standardı seçiminin kaçınılmaz olarak değer-odaklı olduğu vurgulanmalıdır ve bu seçimin bilimsel araştırmacıların hangi özel yeterliliklerine göre yapıldığı da söylenemez.

Konunun zaman çerçevesi hakkında da seçim yapılmalıdır. Uzun vadede, verili kişi başına gelir için sağlık durumu ile bu sağlık durumunun toplumlar içindeki dağılımı arasında geniş çeşitlilik olsa da zengin toplumlar daha sağlıklıdır (World Bank, 1993; Deaton, 2004). En uygun ya da en azından daha gerçekçi bir şekilde SSB'yi iyileştirme yaklaşımının, ilgili ülkeler ya da bölgelerdeki ekonomik büyümeyi en üst düzeye çıkartacağı iddia edilebilir. Bununla beraber, bazıları bölümün sonraki kısmında tanımlanan, bu durumla ilişkili ampirik belirsizlikler, ekonomik büyüme ve sağlık konusunda önde gelen araştırmacılardan biri olan Angus Deaton'ın kesin bir dille "bizatihi ekonomik büyümenin, en azından kabul edilebilir bir zaman içinde toplum sağlığını iyileştirmeye yeterli olmayacağı" uyarısını yapmasına yol açmıştır (Deaton, 2006). Kabul edilebilir zaman konusu, etik açıdan ne kadarlık bir dönemin çok uzun zaman olarak kabul edildiği sorusunu doğurmaktadır. Deaton'ın önerdiği gibi, toplum sağlığında büyük düzelmelere sebep olabilecek ekonomik büyümenin kazançlarının yayılımı otomatik ya da hızlı değildir: Örnek vermek gerekirse, böyle bir yayılım 19. yüzyıl İngiltere'sinin endüstrileşmiş şehirlerinde 50 yılı aşmıştır (Szreter, 1997, 2003; Szreter & Mooney, 1998). Ulusal göstergelerle ölçülen etkileyici ekonomik büyümeye rağmen, küreselleşmenin ulusal düzeyde toplulukların önemli bölümleri için SSB'de kötüleşmeyle sonuçlanma sıklığı göz önüne alındığında, bu durumun sadece akademik bir konu olmadığı anlaşılmaktadır.

TİCARİ SERBESTLEŞME, BÜYÜME VE YOKSULLUĞUN AZALTILMASI

Verili bir önerme olarak yoksulluğun (mutlak ve göreceli), sağlıkta eşitliğin düşmanı olduğu ve SSB'ye erişimi baltaladığını kabul etmekteyiz. Buradan hareketle, ticari serbestleşmenin (veya daha genel olarak küreselleşmenin) büyümeyle olumlu ilişki içinde olduğu gösterilebildiği ölçüde, *eğer* büyüme, diğer telafi edici olumsuz sonuçlara yol açmaksızın güvenle yoksulluğu azaltırsa, büyümeyi tetikleyen politikalar lehine bir varsayım olabilir. Küreselleşmenin toplum sağlığı yararına olduğu iddiası (Feachem, 2001) sıklıkla serbest ticaret ile küreselleşmenin eşit görülmesi ile başlar: II. Dünya Savaşı sonrasındaki ekonomik düzenin tanımlayıcı karakteri olan ithalatta gümrüklerin ve diğer engellerin azal-

tılması. Böyle bir serbestleşmenin sonucu olarak, dünya ticaretinin değeri ikiye katlanarak, 1960 yılında dünya gayri safi milli hâsılasının (GSMH) %24'ünden, 2003 yılında %48'ine yükselmiştir (World Bank, 2007).

Dünya Bankası himayesinde yürütülen geniş ölçüde kaynak gösterilen karşılaştırmalı ulusal ekonomiler çalışmaları (Dollar, 2001, 2002; Dollar & Kraay, 2002, 2004) 1980'ler ve 1990'larda "küreselleşmecilerin" (ticareti serbestleştirenlerin) ekonomilerinin "küreselleşmeci olmayanlara" göre daha hızlı büyüdüğü sonucuna varmıştır. Ancak, yüksek performanslı küreselleşmecilere model olarak alınan ülkeler (Çin, Hindistan, Malezya, Tayland ve Vietnam), aslında çoğunlukla Afrika'da ve Latin Amerika'da olan, ekonomileri durgun ya da kötüleşen, küreselleşmeci olmayan ülkelere kıyasla daha kapalı ekonomiler olarak başlamışlardır (Dollar, 2002). Görünüşteki bu garipliğin nedeni ve çalışmalara yöneltilen birçok eleştirinin temelinde kullanılan tanım vardır. Bu çalışmalarda küreselleşmeciler 1977'den beri, ticaret/GSMH oranı artış gösteren ülkeler; küreselleşmeci olmayanlar ise bu oranda düşüş saptananlar olarak tanımlanmıştır. Böylelikle Hindistan ve Çin, ticaret/GSMH oranları çalışmaya alınan tüm ülkeler ortalamasının altında olsa bile çalışmanın sonunda küreselleşmeci olarak kabul edilmiştir. Diğer taraftan, küreselleşmeci olmayanlar, dünya ekonomisiyle daha yüksek düzeyde bütünleşmiş bir şekilde başlamışladır. Küreselleşme ile büyümenin pozitif ilişkisi bu çalışmaların bir tasarım hatası haline gelmiştir.

Dahası, küreselleşmeci olmayanların ekonomik sorunları, en azından kısmen ulusal ekonomi politikasına yön verenlerin kontrolü dışındaki küresel faktörlere bağlanabilir: özellikle, meta fiyatlarının çoğunda yaşanan düşüş (ancak son zamanlarda bazıları için düzeldi), ağırlıklı olarak meta ihracına dayanan, fakat zaten bazı ölçülere göre küresel ekonomiyle fazlasıyla bütünleşmiş olan ülkelerin ihracat performanslarına ve ithalat yeteneklerine zarar vermiştir (Birdsall & Hamoudi, 2002; Milanovic, 2003; Dowrick & Golley, 2004). Meta fiyatlarındaki düşüş, kısmen, dış alacaklılara borçlarını ödeyebilmek için ülkeleri birbirleriyle yoğun bir ithalat yarışına iten diğer politikaların sonucudur. Dahası Hindistan ve Çin'in – her birinin farklı nedenlerle olmasına rağmen özgün bir vaka olduğu iddiası olsa da – bu örneğin dışında bırakılması, gerçekten sonucu değiştirmektedir: küreselleşmeciler, 1980-2000 döneminde, küreselleşmeci olmayanlara göre daha yavaş büyümüşlerdir (Dowrick & Golley, 2004). Gelir verileri ve hane halkı varlıklarının güvenilirliği ve Dünya Bankasının özellikle geniş metropol alanlarda (Satterthwaite, 2003) 1$/gün ve 2$/gün gibi (Reddy & Pogge, 2005; Woodward & Abdallah, 2008) Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sınırı referans alan yoksulluk tanımlamaları ile ilgili ek kaygılar mevcuttur. Sadece Van Doorslaer ve arkadaşlarının 11 Asya ülkesi için gösterdiği bir örnekte, Dünya Bankası 1$/gün olarak ölçtüğü yoksulluk sınırını olması gerektiğinden küçük göstermektedir. Bunun ne-

deni ise tahminlerin dayandırıldığı araştırmalarında cepten sağlık bakımı harcamalarını içeren hane halkı tüketiminin miktarına ilişkin sorular sormasıdır. Bu nedenle ironik olarak birçok hane, yıkıcı sağlık harcamaları nedeniyle yoksulluktan kurtulmuş görünmektedir (van Doorslaer et al., 2006).

Dünya Bankası'nın yoksulluk ölçütleri kabul edilse dahi, yine de küreselleşmenin yoksullaşmada anlamlı bir gerileme sağlamış olduğu açık değildir. Dünyanın ekonomik üretiminin 4 kat arttığı 1981-2004 yılları arasında, dünyada günde bir dolar veya daha azıyla yaşayan insan sayısı beş yüz milyon kadar azalma göstermiştir. Yüzeysel bir etkileyiciliği olsa da bu net düşüş tamamen Çin'deki yoksulluk azalması ile ilgilidir. Kazanımlar, dünyanın başka yerlerindeki (özellikle Sahra-Altı Afrika) yoksul insanların sayısındaki artışla telafi edilmektedir. Dünyada 2$/gün veya daha azı ile geçinen insan sayısında hemen hemen bir azalma yoktur: 1981'de 2,45 milyar, 2004'te 2,55 milyar. Bu durumda Çin'de görülen azalma, Güney Asya'daki (özellikle Hindistan) ve Sahra-Altı Afrika'daki yoksul insan sayısındaki artışla fazlasıyla karşılanmaktadır (Chen & Ravallion, 2007). Hatta küreselleşme meraklıları bile ulusal ekonomiler içinde önemli sayıda kaybedenler olabileceğini kabul etmişlerdir. Bu durum, küreselleşmeden SSB'ye erişimde ve sağlık çıktılarındaki değişikliklere giden yolda emek piyasaları (ticaret politikaları emek piyasası üzerinde etkili olan etkenlerin yalnızca bir tanesidir) ve üretimin küresel çapta yeniden yapılandırılmasına odaklanan Bölüm 4'ün; çeşitli başarı dereceleriyle 1990'ların sonunda, kendi sermaye piyasalarının liberalizasyonu ile ortaya çıkan Asya'daki finansal krizlerin bir kısmına tampon etkisi yapan sosyal koruma yaklaşımlarının ele alındığı Bölüm 6'nın önemini bir kez daha göstermektedir. Bu nedenle en güvenilir sonuç, "küreselleşmenin yoksullar üzerindeki net etkisi 'bağlama özgü' ampirik çalışmalarla değerlendirilebilir" (Nissanke & Thorbecke, 2006, s. 1340). Başka bir deyişle: "Küreselleşme yoksulluğu azaltır mı?" sorusu birçok şeye bağlıdır (onun bağlı olduğu bazı etkenler bu kitabın konularıdır).

Ticaret politikası konularından ayrı olarak büyümenin yoksulluğu azaltan bir yol olarak daha temel bir eleştirisi, New Economics Foundation (Yeni Ekonomi Vakfı) tarafından yapılan hesaplamaların ortaya koyduğu gibi, büyüme, yoksulluğu azaltmak için çok yetersiz bir yoldur. "1981-2001 yılları arasında dünyada kişi başına düşen gelir miktarındaki her 100$'lık artışın, yoksulluk sınırı 1$/gün olarak ölçüldüğünde sadece 1,30$'lık bölümü; yoksulluk sınırı 1$/gün-2$/gün aralığında kabul edildiğinde ise 2,80 $'lık bölümü yoksulluğun azaltılmasına katkıda bulunmuştur". Üstelik yoksulluğun azaltılmasında büyümenin etkinliği 90'lı yıllarda 80'li yıllara kıyasla azalmıştır (Woodward & Simms, 2006, s. 16). Bu sadece akademik bir görüş değildir: Latin Amerika'daki yakın tarihli sosyal politika çalışmaları, ilerleyici vergilendirme ve hedefli sosyal programlar aracılığıyla ge-

lir dağılımındaki en ufak bir değişimin, yıllar süren sağlam ekonomik büyümeye kıyasla, yoksulluğun azaltılmasında daha fazla yere sahip olabileceğini göstermişlerdir. Bunun nedeni bölgedeki birçok ülkede gelir ve servet dağılımındaki eşitsizliğin aşırılığıdır. (Paes de Barros et al., 2002; de Ferranti, Perry, Ferreira, & Walton, 2004; Jubany & Meltzer, 2004). Eğer küresel sağlık eşitliği arzulanan bir sosyal amaç ise, ulusal sınırlar içinde ve dışında yeniden dağılım olgusu yadsınamaz—bu konuya sonuç bölümünde yeniden geri döneceğiz.

BORÇ KRİZLERİ, YAPISAL UYUM VE BASKI ALTINDA PİYASALAŞTIRMA

Uzun borç krizleri tarihi birçok gelişmekte olan ülkenin toplum sağlığı, eğitim, su, sanitasyon ve beslenme alanlarında temel gereksinimleri karşılama yeteneğini kısıtlamaktadır. Son zamanlarda borç ödemeleri, küresel mali akışların yönüne ilişkin genel kanının aksine Güney'den Kuzey'e (en önemlisi ABD'ye) büyük mali transfer kalıplarına katkıda bulunmuştur (United Nations Department of Economic and Social Affairs – Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İlişkiler Departmanı, 2006). Borç krizlerinin nedenleri ülkeden ülkeye ve zamanla değişiklik göstermektedir (Naylor, 1987; George, 1988; Strange, 1998; Hanlon, 2000) ve bu durum Bölüm 3 ve 7'de daha detaylı tartışılmıştır. Ancak, bu nedenlerin başlıcaları: (a) düşük gelirli, petrol ithal eden ülkelerde etkisi özellikle şiddetli hissedilen 1973 ve 1979-80 petrol fiyatı sarsıntıları; (b) petrol ihraç eden ülkelerden birikimlerini yatırmalarını bekleyen bankaların verdiği saldırgan krediler; (c) 1980'lerin başlarında Amerikan Merkez Bankası'nın para politikaları tarafından oluşturulan reel faiz oranlarındaki hızlı artış; bu, borçlu ülkelerin genellikle mevcut borç üzerinde çok daha yüksek faiz oranları ile sözleşme yenilemeleri anlamına gelmektedir; (d) dünya fiyatlarının düşmesi, yani gelişmekte olan birçok ülke için anahtar birincil ithalat mallarının ticaretinin kötüleşmesi ve (e) doğrudan ve akılcı hırsızlıkla oluşan sermaye kaçışı, genellikle vergi artışı ya da gelecek devalüasyonlardan endişe eden ekonomi elitlerinin yurtdışına varlıklarını nakletmesi ile oluşan yasal kaçış. Bir başka önkoşul öylesine basittir ki bazen gözden kaçmaktadır. Neredeyse istisnasız olarak bankalar, ulusal hükümetler ve Dünya Bankası gibi çok-taraflı kurumlar, gelişmekte olan ülkelerin liderleri ile anlaşmak için istekli olmuştur: Filozof Thomas Pogge'nin "borçlanma imtiyazı" olarak tanımladığı, kendi yönetiminin meşruluğunu savunmak zorunda kalmadan hükmettikleri adına borca girme hakkı. Borçlanma imtiyazı, gücü zorla ya da hile ile ele geçirmiş olan, aşırı baskı ile elinde tutan, vatandaşlarına karşı sorumluluk duymayan liderlere bile verilmiştir (Pogge, 2002).

Yapısal uyum dikkate alınmadan borç krizlerinin etkileri anlaşılamaz. Bu terim 1980 yılında uluslararası kalkınma sözlüğüne girmiştir. 1980, alıcı ülkelerin

dış kreditörlere olan borçlarını geri ödeme yeteneklerini artırmak için kendi ekonomilerini yeniden düzenlemekte yardımcı olmak üzere Dünya Bankası'nın, normal olarak IMF'nin istikrar kredileri ile birlikte, yapısal uyum kredileri vermeye başladığı zamandır. Meksika'nın, öncelikle büyük Amerikan bankaları tarafından verilen milyarlarca dolarlık borcunu ödemeyeceğini açıklamaya hazırlandığını duyurmasıyla, endüstrileşmiş dünyanın mali sistemlerinin istikrarı konusundaki endişelerin arttığı 1982 yılından sonra bu şekilde borçlar vermek aciliyet göstermeye başlamıştır. Bu tür borçlar ve ilgili borçların Dünya Bankası ve IMF'ye ödemeleriyle ilgili yeniden takvimlendirmelere ilişkin şartlar, gıda gibi temel tüketim başlıklarında sübvansiyonların azaltılmasının; ithalat ve doğrudan yabancı yatırım (DYY) engellerinin hızla ortadan kaldırılmasının; özellikle sağlık, eğitim, su/sanitasyon ve konut edindirme gibi devlet harcamalarının azaltılmasının; özel hizmet sunumunun daha başarılı olmasından ötürü, özelleştirmenin borçları geri ödemeyi sağlayabileceği varsayımı ile kamu iktisadi teşebbüslerinin hızla özelleştirilmesinin üzerinde odaklanmıştır (Milward, 2000; Babb, 2005). Başka bir deyişle, uluslararası finans kuruluşları sistematik olarak, ulusal ekonomileri küresel pazarla bütünleştiren çoklu, az ya da çok koordineli ulusal politikaları desteklemişlerdir.

Yapısal uyumun sağlıkla ilişkili etkileri üzerine yapılan çalışmalar en az üç tasarım sorunu ile karşı karşıya kalmıştır. İlk olarak, Dünya Bankası ve IMF kredileri ile ilgili şartların uygulanması çoğunlukla eksik kalmıştır (Killick, 2004) – en azından, teorik olarak bir ihtimali açık bırakmaktadır: Söz konusu reformlar daha kararlı bir şekilde yürütülseydi sonuçlar daha iyi hale getirilebilirdi. Bununla beraber piyasa odaklı kalkınma politikasının en kararlı şekilde sürdürüldüğü iki bölge, Latin Amerika ve Afrika'da (Eyoh & Sandbrook, 2003; Kaufman, 2003), bu politikanın yakın tarihi, iddiayı soru haline dönüştürmüştür. Bu yüzden de yerli piyasalaştırma ve ihracat yönelimi, emek piyasasındaki sonuçları üzerinden eşitsizliğin büyümesine sebep olmuştur (Razavi, Pearson, & Danloy, 2004; van der Hoeven & Saget, 2004). İkincisi, Dünya Bankası ve IMF ile sözleşme yapmanın zeminini hazırlayan ve sonra da buna yol açan küreselleşmeyle bağlantılı ekonomik krizlerin etkileri ile yapısal uyum reformlarının etkilerini birbirinden ayırmak zor olabilir. Üçüncü ve bununla bağlantılı olarak, kamu politikasının etkileri ile ilgili değerlendirmeler kapalı ya da açık bir şekilde karşı-olgusallığa dayanırlar: sorgulanan politikaların uygulanmasının ardından dünyanın durumu karşısında dünyanın alternatif durumu kıyaslanmıştır (Bölüm 2'de bahsedilen ekonometrik çalışmadaki gibi). Eğer her zamanki gibi, yapısal düzenleme işin devamlılığı ile karşılaştırılırsa, birçok durumda aşırı enflasyona ve ülkelerin uluslararası mali piyasalardan soyutlanmasına neden olur (bu durumun devamına yol açar), daha sonra da yapısal düzenleme en az yıkıcı seçenek olarak görünür. Diğer yandan, bu

karşılaştırma eğer alternatif politika seçenekleri ile yapılırsa temel ihtiyaçların karşılanması öncelik kazanır. O zaman yapısal düzenlemenin gerekliliği ve istenmesi ile ilgili sonuçlar daha az umut verici olur. Uluslararası ekonomilere daha sık maruz kalan ülkelerde bu karşı-olgusallık, kısmen de olsa ulusal sınırları aşan dayanışma veya yükümlülük anlayışları tarafından yönlendirilen alternatif bir uluslararası düzen hakkında daha fazla varsayım gerektirmektedir – kitabın son iki bölümünde (13 ve 14) döneceğimiz bir konudur.

Aynı zamanda özellikle borç verenlerin koydukları şartlara yanıt olarak benimsenmiş yerel politikaların SSB üzerindeki etkilerini, piyasa odaklı politik fikirlerin geniş yayılımına cevap olarak kabul edilmiş olanların etkilerinden ayırmak da güçtür. Bununla beraber, jenerik olarak piyasalaştırma veya (yeniden) metalaştırma olarak tanımlanabilen (Elson & Cagatay, 2000; Bond, 2005), yapısal uyum programlarının parçası olarak ele alınan politika değişiklikleri, genel olarak, Williamson tarafından kısa ve öz olarak kalkınma politikaları için Washington Konsensusu, şeklinde derlendiği gibi (Williamson, 1990), küreselleşme için anahtar role sahip piyasa odaklı politika değişiklikleri ile uyumludur (Babb, 2002, 2005). Bu "konsensus", gelişmekte olan ülkeleri küresel ekonomiyle bütünleştirmek için, diğerlerinin yanı sıra, mali ve ticari serbesti, iç deregülasyon, özelleştirme, mali disiplin ve kamu harcamalarının azaltılması, gelirden çok tüketimi destekleyen vergi reformları, rekabetçi döviz kurları, doğrudan yabancı yatırıma açılma ve mülkiyet haklarının güçlendirilmesi gibi yöntemlerle 1990'lar boyunca yürütülen bir dizi politikayı belirtmektedir. Bir ülkenin sosyal ve ekonomik politikalarının yıllar içindeki yöneliminin ne kadarının Dünya Bankası ve IMF'ye, ne kadarının ise ulusal karar vericilerin, üzerinde çok az etkilerinin olduğu uluslararası ekonomik bağlamdaki mevcut seçeneklere dair yorumlarına göre verilen cevaplara atfedilebileceğini bilmek ilginç olurdu. Ancak, bu soru cevaplansa bile, şu gerçeği değiştirmeyecektir: Küreselleşmenin yurtiçi sosyal ve ekonomik politikaların piyasalaştırılması ve temel ihtiyaçların metalaştırılması yoluyla SSB'yi nasıl etkilediğini bilmek istersek, borç verenlerin koyduğu şartlar ve politik cevaplar arasındaki özgün tarihi bağlardan bağımsız olarak yapısal uyum hakkındaki araştırmalar değerli hale gelir. Aslında bu durum küreselleşmenin etkilerine dair mevcut gerçeğin en önemli yapıtaşını oluşturmaktadır — Bölüm 5'de politika, Bölüm 7'de sağlık sistemleri ve Bölüm 9'daki sağlık çalışanları göçü kısımlarındaki yapısal düzenlemenin etkileri hakkındaki tartışmalarda ele alınan bir konudur.

KÜRESEL PAZAR TARAFINDAN YENİDEN YAPILANDIRILAN ŞEHİRLER

Daha farklı uzun dönemli etkiler, kentsel biçim ve yerleşim şekillerindeki değişim konusunda oldukça açıktır ve 2005-2030 yılları arasında dünyanın kentsel nüfusunun 2 milyardan fazla artacağı şeklindeki tahmin göz önüne alınırsa özel bir öneme sahiptir. BA tarafından ele alınan bir konu olmasa da (kentsel yerleşimde hızlı artış için ayrı bir bilgi ağı ayrılmıştır, bkz Kjellstrom et al., 2007) küreselleşme ile doğrudan bir ilişkisi ve potansiyel olarak derin sağlık-eşitlik etkileri bulunmaktadır. Endüstrileşmiş ülkelerde önemsenmeyen bu nüfus artışının hemen hemen tamamı kentsel yapıyı hazırlamak için yeterli kaynağı olmayan ülkelerde gerçekleşmektedir (UN Millenium Project Task Force on Improving the Lives of Slum Dwellers - Varoşlarda Yaşayanların Yaşamlarını İyileştirmeye Yönelik Milenyum Projesi Görev Gücü, 2005). Zengin yoksul fark etmeksizin tüm ülkelerde, ulusötesi ekonomik bütünleşme sayesinde şehir ve metropol bölgelerin sabit bir dönüşüm kalıbı bulunmaktadır: Ekonomik olarak kazanan ve kaybedenler arasındaki mesafe, onların küresel ekonomi içindeki konumlarına ve küresel ekonomiyle bağlantı kurma (veya kuramama) temellerine dayalı olarak giderek açılmaktadır. Gelir farklılıklarını değerlendiren istatistikler resmin sadece bir kısmını gösterir. Castells'in, "akımların mekânı" (Castells, 1996) açısından küreselleşmenin kentsel etkileri için yaptığı tanım değerlidir, çünkü bizlere, küreselleşen ekonomiyi karakterize eden yatırım ve bilgi ağlarıyla "bağlantılı olma"nın yol haritasında görülen yakınlık ile herhangi bir ilişkisinin olmadığını hatırlatmaktadır. Castells'in gözlemlerine göre, sakinlerinin "gelişmiş servisleri, üretici merkezlerini ve küresel ağ piyasalarını bağlayan sürecin" parçası olmadığı kentsel merkezler "ilişkisizleşmekte, hatta işlevsizleşmektedir: Örneğin, megapol bir şehir olan Meksiko'nun üçte ikisi, şehrin uluslararası iş merkezi olmasında belirgin bir rol oynamaksızın, Meksiko'daki Colonias Populares'de (orijinal olarak gecekondu yerleşimi) yaşam sürmektedir" (Castells, 1996, s. 380-81). Bu geniş metropol bölgeler önemli miktarda "ya işlevsel açıdan gereksiz ya da sosyal olarak yıkıcı yerli nüfusu" barındırmaktadır (Castells, 1996, s. 404).

Küreselleşmeden elde edilen kazanım ve kayıpları yansıtan ya da güçlendiren mekansal bölünmeler farklı yollarla ortaya çıkmaktadır. Bunlar, endüstrileşmiş dünyanın bazı bölgelerinde geniş ölçekli iş ve gelir kayıpları ve endüstrisizleşme ile ilişkili ekonomik kutuplaşma yoluyla başlatılmıştır (Adams, *1997;* Reardon, 1997; Storper, 1997; Warf & Holly, 1997). Sonsuz zenginlikteki ABD'de ekonomileri imalat üzerine kurulu bazı şehirler bile, 20. yüzyılın ikinci yarısında ekonomik fırsatlar ve sosyal yapı üzerindeki yıkıcı etki (Kasarda, 1989; Coulton, 2003) nedeniyle imalat işlerinin yarısını, hatta dörtte üçünü kaybetmiştir (Abu-Lughod, 1999; Hodos, 2002; Savitch, 2003). Kentsel "canlandırma", sadece da-

ha fazla arzu edilen bölge sakinlerinin (yüksek gelirli olarak okunmalı) lehindeki politikaları değil, aynı zamanda kârlı ticari gelişme ve turizm gelirlerinin peşinde kentsel alanların yeniden tasarlanmasını, benzer biçimde bölge sakinlerinin yer değiştirmesine ve bazen kamu alanlarının kapanmasına yol açmasını da kapsamaktadır (bkz, ör: Leaf, 1996; Makdisi, 1997; Vasconcellos, 1997; Bunnell & Nah, 2004; Fernandes, 2004; Lakshmi, 2005). Ödeme gücü daha az olanlar daha az tercih edilen bölgelere itilip daha kötü hizmet alırken, yerleşim alanlarındaki bölünme soylulaştırma, banliyöleşme ve ayrı özel sistemlerdeki hizmet sunumu ile güçlendirilmiş yerleşim bölgeleri ile derinleşmektedir.[3] Kapsama/dışlama sınırlarına özel önem veren politika seçimleri, ulaşımı, özellikle de toplu taşıma ile araba merkezli gelişme arasındaki dengeyi, içermektedir (bkz, örn., Leaf, 1996; Alcantara de Vasconcellos, 2005; Pucher, Korattyswaropam, Mittal, & Ittyerah, 2005). Burada ve diğer olgularda temel kaynaklara erişim sıklıkla, tekil hanehalkının ödeme gücü ya da pazar olarak grup/mahalle çekiciliği tarafından belirlenmektedir. Yoksulluk suç olarak kabul edilebilir (Wacquant, 2001, 2002). Bu süreçler, *Küreselleşen Dünyada Şehirler* adında vazgeçilmez bir BM Habitat sentezinde belgelenmiştir (United Nations Centre for Human Settlements – Birleşmiş Milletler İnsan Yerleşimleri Merkezi, 2001), dolayısıyla daha kapsamlı kaynaklar burada bulunmamaktadır.

Küresel güç ilişkileri ve yerel fırsatlar arasındaki etkileşimi özetleyen kentsel alanlar için mücadele, konumsal olarak değerli, özellikle gelişen turizmle ilgili kentsel olmayan kaynaklarla paralellik göstermektedir. Bu mücadeleler mevcut, düşük değerli veya düşük verimlilikteki kaynak kullanıcılarını, ya değersizleştirme, örneğin yüzey ve yeraltı sularını zehirli atıklar için çöplük olarak kullanarak (Stonich, 1998) ya da kapatma yoluyla, örneğin özel alanların kullanımını sadece zenginlerin satın alabileceği kadar fiyatlandırarak (Griffith, 2000; Richter, 2001; Leatherman & Goodman, 2005) dışlayabilir. Bu çatışmalardaki ortak analitik paydalar: (a) küresel piyasalarda, bazı kaynaklara sınırlı alım gücü olan insanların temel ihtiyaçları için çok yüksek fiyatlar belirlenmektedir ve (b) ülke içinde, ekonomik bütünleşmeye eşlik eden gelir ve zenginlik kutuplaşması, kararlı politik çoğunlukların politik bağlılıklarını toplu eylem yerine özel hizmet sunumu yönünde değiştirmektedir.

---

[3] Buna ve piyasalaşmaya küresel erişime sözel bir örnek: Nairobi'deki bir komisyon toplantısı bir memurun, şehrin en büyük gecekondu mahallesinin son on yıllarda geliştiği araziyi, gecekondu mahallesi artık şehir merkezine dayandığı ve değerli mülk haline geldiği için nasıl özel girişimcilere satmanın mantıklı olduğunu açıkladığı bir sunum içeriyordu. Satıştan gelecek kârların milyonlarca gecekondu sakinini şehrin etrafına, hizmet, dükkan, okul veya ulaşım olmayan bir yere taşımak için kullanılacağı savunuluyordu.

KÜRESELLEŞME, DOĞAL KAYNAKLAR VE ÇEVRESEL MARUZİYET

Doğal çevre üzerinde son zamanlarda küresel iklim değişiklikleriyle örneklerini gördüğümüz, şimdiye dek görülmemiş insan etkisi (Turner, Clark, Kates, Richards, Matthews, & Meyer, 1993), tek başına küreselleşmenin sağlıkla ilişkili önemli bir boyutudur. Daha küçük bir ölçekte, küresel piyasaların işleyişinden doğan çevresel tehlikelere maruziyetler SSB üzerine önemli ve karmaşık etkileri içermektedir. En az iki mekanizma tanımlanabilir: (a) kentleşme, araç trafiği ve hava ve su kirliliği gibi tehlikelere maruziyet açısından kent içi eşitsizlikler (b) zararlı endüstriler, üretim süreçleri ve atıkların küresel göçü. Bazı yazarlar küresel, girdi-yoğun hammadde zincirleriyle yeniden düzenlenmiş "zirai endüstrileşme"nin, üretimin başka bir mekanizma oluşturduğunu öne sürmektedirler (Barrett, Barbier, & Reardon, 2001). Bir dereceye kadar bu mekanizmalar küreselleşmenin diğer unsurları ile etkileşmekte ve örtüşmektedirler. Yabancı tüketicilere yönelik ithalat gelirlerinin artması zorunluluğu zirai endüstrileşme ve bağlantılı çevresel hasarı güdülemektedir. Örneğin, Stonich ve Bailey (2000, s. 23-24) ihracat gelirlerini arttırma yönündeki baskıların hükümetleri "sosyal ve çevresel sonuçlara önem vermeden ihracata yönelik tatlı su balıkçılığının gelişmesini" teşvike yönlendirdiğini öne sürmektedirler. Bu, "besin üretiminde düşük değerli balık türlerinin kullanımını arttırarak yoksulu, karides ve bunları satın alabilecek zengin tüketicilerle rekabete düşürmektedir" (bkz. Stonich & Vandergeest, 2001).

Bu, Milenyum Ekosistem Değerlendirmesi (MED) projesine[4] ait bulguların sağlık sentezinde görülen bir kalıba bir örnektir ve ekonomik küreselleşmeyi açıkça ekosistem ve insan refahındaki değişikliklere yön verenlerden biri olarak kabul etmektedir: "Tarihsel olarak, daha zengin toplulukların talepleri artarken, yoksullar ekosistem hizmetlerine erişimlerini ters orantılı olarak kaybetmişlerdir" (Corvalan et al., 2005, s. 28). Söz konusu ekosistem hizmetleri (temiz içme suyu veya atık ayrıştırma gibi) sağlık için tek başlarına gerekli olabilir ya da kaybı, ekonomik güvencesizlik ve yoksulluğa yol açabilen temel geçim kaynakları olabilir. Küreselleşmenin yarattığı fark, kazanan tarafların dünyanın öbür ucunda olabilmesidir. Stonich'in tatlı su örneği ve tropikal kereste için piyasaların durumu, Nijerya'daki petrol (bol miktardaki kaynak gelirleri, ülke halkının çoğunluğunun ezici yoksulluğunu ya da kötü sağlık durumunu düzeltmek için yararlı olmamıştır) ve Demokratik Kongo Cumhuriyetindeki koltan ve diğer mineraller

[4] Son rapor bölümler halinde http://www.millenniumecosystemassessment.org adresinden indirilebilir. MED'in bulgularının, pek çok gelişmiş kullanıcıya bile yeterli olacak bir seviyede ayrıntılı şekilde tanımları için bakınız Alcamo et al., 2005; Butler & Oluoch-Kosura, 2005; Carpenter, Bennett, & Peterson, 2005; Cork, Peterson, Bennett, Petschel-Held, & Zurek, 2005; Nelson et al., 2005; Rodriguez et al., 2005.

bu duruma örnek teşkil etmektedir (Sizer & Plouvier, 2000; Montague, 2002; United Nations Security Council, 2002, 2003; Ferguson, 2005; Gellert, 2005; Watts, 2005).

Birçok durumda, küreselleşme pazarlanabilir kaynaklar ve ekolojik hizmetler için toplam talebi arttırırken, eşzamanlı olarak küresel mal zincirlerinde egemen aktörlerin ve yerel elitlerin bütün bölgesel ekonomilerde kayıplar ve kazançlar üzerine kontrolünü kolaylaştıran politika ve kurumları güçlendirmektedir (bkz, örn., United Nations Security Council, 2002, 2003). Tropikal kereste için artan küresel talebe cevap olarak uluslararası tomruk şirketleri tarafından gelişmekte olan ülkelerde yapılan bir yatırım analizi, orman yönetim uygulamalarının sürdürebilirliğini ciddi biçimde eleştirmiş ve şuna dikkat çekmiştir:

> Analiz yapılabilmesi mümkün olduğunda ... kısa vadede dahi ekonomik yarar küçük ve kesinlikle anlaşmaların farklı biçimde yapılandırılıp, pazarlık edilmesi halinde olabileceğinden çok daha azdır. Büyük miktarlarda sermaye ortaya konmasına rağmen, ulusal hazinelere gelir girmesi, kârların çoğunun ülkeyi terk etmesi ya da genelde az sayıdaki zaten zengin ve güçlü yerel insanların elinde toplanması nedeniyle küçük olabilir (Sizer & Plouvier, 2000, s. 29, alıntılar atlanmıştır).

Uluslararası mineral firmaları sıklıkla, ülkelerindeki ithal kredi ve sigorta şirketlerinden geniş ölçekli finansal destek sağlarlar (Rich, Horta, & Goldzimer, 2000; Moody et al., 2005). Bu, küresel etkinin oldukça özelleşmiş bir STK topluluğu dışında çok az sayıda çalışmanın dikkatini çekmiş bir unsurudur. Bu tür durumlarda küresel ekonomik güç asimetrileri, kazanımların yerel dağılımındaki aşırı eşitsizliklerde yansıtılmaktadır.

MEA sağlık sentezi, başka bir dizi farklı maruziyet ve duyarlılık konusuna dikkat çekmiştir: "Yoksul topluluklar yerel ve küresel çevre değişikliklerinden kaynaklanan kötü sağlık etkilerine daha duyarlıdır" (Corvalan et al., 2005, s.27), çünkü yoksulların, zenginlerin kendi olanaklarıyla uzaklaştırılabilecekleri tehlikelere maruz kalma olasılılıkları çok daha fazladır. Dünya ölçeğinde yüz milyonların gündelik şehirsel yaşam koşulları gibi, Bhopal ve New Orleans felaketleri bu konunun dramatik kanıtlarını sunmaktadır (Stephens, 1996). Şu anda 850 milyondan fazla insanın varoşlarda yaşadığı kabul edilmektedir. Bu rakamın etkin politik girişimlerin gerçekleşmemesi halinde 2020 yılında 1,4 milyara ulaşması beklenmektedir. (UN Millenium Project Task Force on Improving the Lives of Slum Dwellers, 2005). Gecekondu yerleşimi, 2000 yılında Manila'nın yasal olmayan yerleşimlerindeki bazı sakinleri öldüren yağmur suyuyla dolmuş açık çöplüklerin çöküşüyle örneklenen diğer gündelik risklerle birlikte, yetersiz sanitasyon ve endüstriyel kirlenmeyle ilişkili enfeksiyon hastalıkları dahil kentsel çevresel tehlikelere maruziyet için kusurlu da olsa bir örnektir (Aglionby, 2000; Mydans, 2000).

Bazı çalışmalar tehlikeli endüstrilerin düşük gelirli ülkelere, özellikle de ihracat işleme bölgelerine (İİB) açık bir göç kalıbını saptamışlardır (Kopinak & Barajas, 2002; Frey, 2003). Bunun dışında, belli bölgelere odaklanmayan niceliksel çalışmalar, endüstriyel "kirlilik cennetlerinin" ortaya çıkması için kanıtların belirsiz olduğunu ya da hiç olmadığını öne sürmektedirler (Wheeler, 2001; Cole & Elliott, 2005). Bu tür "olumsuz" bulguların izlenimci değerlendirmelerinde oluşan uzlaşma, bunların çoğunun (a) özgün endüstriler veya sektörler içinde üretimin küresel yeniden yapılanmasına odaklanmada başarısız olduğu; (b) doğrudan yabancı yatırım istatistiklerinde kaydedilmemiş, fakat meta veya değer zincirleri literatüründe yaygın olarak tanımlanmış dış kaynak kullanımı gibi sözleşme düzenlemelerini dikkate almaksızın doğrudan yabancı yatırıma yoğunlaşma; (c) üretimin yer değiştirmesi üzerine gevşek çevresel düzenlemelerin (atıkcenneti hipotezinin anlamı) nedensel etkilerini, bunlarla birlikte gitme eğiliminde olan düşük ücretler ve esnek çalışma koşulları gibi diğer değişkenlerden ayırmakta yeteneksizlik ve (d) endüstriyel süreçlere ve artan araç trafiği gibi etkenlere bağlı kirlilik maruziyeti değişikliklerini ayırt edememek şeklindedir. Düşük gelirli ülkelerin, atıkların imhası için giderek daha çekici hale gelmesi ve bu durumun en iyi olasılıkla sadece kısmi etki gösteren politik cevaplarla karşılanması ile tehlikeli atıkların küresel ticareti konusunda sağlam kanıtlar bulunmaktadır (Clapp, 2001, 2002; Puckett et al., 2002; Iles, 2004).

Arka plandaki soru, bu tür çevre değişikliklerinin ve bunların sağlık üzerine etkilerinin normal kabul edilip edilemeyeceğidir; bu durum endüstrileşmiş ülkelerin kendi ekonomik gelişimlerinde benzer evrelerdeki durumlarıyla karşılaştırılabilir. Endüstriyel üretim ve tüketimin çevreye zarar verici birçok türünü önleyen, güncel teknolojinin "demateryalizasyon" (ç.n.: sermaye piyasası araçlarının kaydileştirilmesi) (Ayres & Ayres, 2002) ve "teknoloji atlayarak ilerleme"ye (Goldemberg, Johansson, Reddy, & Williams, 2001) izin verdiği kadarıyla sınırlı kalan kanıtlar, bu sonucun reddedilmesini önermektedir. Ancak, endüstrileşmiş ekonomilerin doğal kaynaklar ve ekolojik hizmetlerin tüketimini azaltmak ve sınırlarının dışında çevre ve kaynaklar üzerindeki olumsuz etkileri en aza indiren politikaları benimsemek için gösterecekleri ciddi çabalarla birlikte, temiz teknolojilerin elverişli şartlarda transferini üstlenen yeşil karşıolgusallığa yapılan atıfla, çevre ve kaynaklar üzerindeki etkiler alternatif bir şekilde değerlendirilebilir. Böylece küreselleşmenin çevre yoluyla iş gören SSB üzerindeki olumsuz etkileri, başka yollarla etki edenlere benzer şekilde, öncelikli olarak politik seçimler ve engellenebilir yönetim hatalarının neticesi olarak kabul edilmelidir.

KİTABA GENEL BAKIŞ

Küreselleşme Bilgi Ağı, her biri kendi temaları ile ilgili önemli kanıtların

gözden geçirildiği onüç monograf uzunluğunda sentez araştırma makalesi sipariş etmiştir. Değerlendirmeler, farklı disiplinlerden ve farklı yöntemler kullanan çalışmalardan faydalanmış; sivil toplum kuruluşlarının araştırmalarını, beyanlarını ve analizlerini birleştirmiş ve coğrafya, ölçek ve (özellikle) cinsiyet konularına dikkatle yaklaşmıştır. Her makale, dışsal olarak makalenin kim tarafından yazıldığı bilinmeden eleştirilmesinin öncesinde, ağ içerisinde kapsamlı eleştiriye tabi tutulmuştur. Değerlendirme süreci üç anahtar soru üzerinde yoğunlaşmıştır: Tema ile ilgili eksik kalmış önemli kanıtlar var mıdır? Kanıttan türetilen analiz bildirilen kanıtlara sağlam şekilde dayanmakta mıdır? Politika çıkarımları (açık veya ima edilen) mantıksal ve anlaşılır şekilde kanıtlara bağlı mıdır? Her tema için incelenen potansiyel kanıtlar neredeyse sonsuz şekilde engin olduğundan eleştiriler bilgi ağının son bilgi ürünleri için önemlidir.

Bu kitaptaki bölümler, çoğu (bir miktar güncelleme ile birlikte) her konuyu daha derinlemesine incelemek isteyen okuyucular için internette yayınlanmış olan bu arka plan makalelerinden türetilmiştir. Küreselleşme (genel olarak) ve sağlığı nasıl etkilediği (genel olarak veya bu bölümlerde incelenen temalar aracılığı ile) etrafındaki yeni kanıtlar ve tartışmalar sürekli üretilmeye devam etmektedir. Bu kitapta sunduğumuz, 2007 sonları itibariyle "en son" bilginin değerlendirmesidir. Belli gerçekler ve eğilimler, özellikle şu andaki küresel durgunluk ihtimali göz önüne alındığında hızla değişebilse de ilerideki bölümlerde incelenen belli sağlık riskleri oluşturan küreselleşmenin altında yatan dinamiklerin kitap boyunca ve özellikle son iki bölümümüzde hitap edilen politika değişim tipleri olmadan önemli ölçüde değişmesi pek olası değildir.

Bölüm 2'de küreselleşme ile ilgili politikaların sağlık çıktılarını nasıl etkilediği üzerine bir çalışma ile başlıyoruz. Cornia, Rosignoli ve Tiberti ilk olarak, küreselleşmenin morbidite ve mortaliteyi etkilediği bir dizi yolda, özellikle maddi yoksunluk, akut psikososyal stres, sağlıksız yaşam biçimleri, yüksek seviyede sosyal katmanlaşma ve sosyal uyum eksikliği ile olumlu ve olumsuz "şoklar"daki mevcut değişim kanıtlarını özetlemektedirler. 1980-2005, ülkeler ve bölgeler içinde ve arasında sağlık durumunda daha hızlı iyileşmelere ve sağlıkta eşitsizlikte azalmaya yol açması gereken bir dizi olumlu politik ve ekonomik "kazançlar" ile nitelense de bu dönemde sağlığın geliştirilmesinde yavaşlama ve dünya çapında sağlık eşitsizliklerinde artış kaydetmiştir. Bu bölüm bu olgunun sebeplerini, bir ekonometrik regresyon modeli kullanarak, küreselleşme ile ilişkilendirilebilen 1980'den bu yana doğumda yaşam süresi beklentisindeki küresel ve bölgesel eğilimler ile 1960-80 arası küreselleşme öncesi eğilimlerin karşıolgusal bir sürekliliğini karşılaştırarak incelemektedir.

Bölüm 3'te Bond, küreselleşme ile ilişkili bu politikaların 1970'lerden bu yana küresel siyasi ekonomi ile jeopolitikteki büyük kaymaları nasıl yansıttığını

anlamaya yönelik bir derinlik katmaktadır. Bu kaymalar, yönetim ve liberalleşme süreçlerini genellikle rahatsız edici yollardan sağlık ve SSB politikaları üzerinde derin etkileriyle bir araya getirmiştir. Jeopolitik yeniden düzenlenmeler ve neo-liberal politika egemenliği kilit olayların önemli güç kaymalarını yansıttığı bir dizi "an"da gözlemlenmiştir. Süreklilik gösteren bir dizi ekonomik sorun geniş küresel bağlamı oluşturmuştur: durgunluk, mali dalgalanma ve düzensiz kalkınma. Bu ısrarcı sorunlara bir tepki piyasalar ile piyasa-dışı sosyal ve ekolojik değerler arasında, bölümün tanımladığı şekliyle "ekstra-ekonomik" ilişkilere dönüş olmuştur; neo-liberal ve neo-konservatif kuvvetler küresel siyasi ortama egemen olduğunda görülen sağlıksız bir kalkınma.

Bölüm 4, küreselleşmenin sağlıkta belirleyici ana yollarından birisi üzerinde odaklanmaktadır: küresel işgücü pazarlarında görülen önemli ve dramatik değişiklikler. Schrecker, işgücü piyasası çıktıları ve yoksulluk arasındaki ilişkiyi; üretimin küresel olarak yeniden örgütlenmesi ve bununla bağlantılı olarak gerçekten küresel bir işgücü piyasasının ortaya çıkışını; küreselleşmenin ekonomik eşitsizliği ve işgücü piyasası "esnekliği" taleplerini arttırma eğilimini ve finansal krizlerin istihdam ve emek geliri üzerindeki etkisini incelemektedir. Schrecker, ekonomik politikanın kilit hedefleri arasında, ekonomi ve kalkınma politikalarının esas meselesi olan "istihdamı geri getirme"yi gerektiren, herkes için yeterli ve güvenli bir geçim kaynağı üretecek ekonomik bir ortamın yaratılması gerektiğini savunmaktadır (Bölüm 3'te tanımlanan neo-liberal ekonomik "kocakarı ilaçları"na doğrudan bir meydan okuma).

Bölüm 5, küreselleşmenin sağlık ve SSB'yi etkilediği daha gizli ve daha karmaşık bir yolu tartışmaktadır: düzenlenme amacıyla ulusal hükümetlerin sahip olabileceği politika alanının daralması. Bunu yapmanın araçlarından birisi (ticari anlaşmalar) zaten iyi bilinmektedir, çünkü bu tür anlaşmaların amacı tamamen hükümetlerin uluslararası ekonomik işlemlerle ilgili kullanabildikleri politika esnekliklerini mallar, hizmetler ve sermayenin serbest hareketini azamileştirmek üzere azaltmaktır. Koivusalo, Schrecker ve Labonté ticari anlaşmaların politika alanını etkilediği, anlaşmaların kendisini aşıp görüşüldükleri süreçlere genişleten pek çok yolu incelemektedirler. Politika alanını daraltan ikinci bir kuvvet, hükümetlerin içinden seçim yapabilecekleri seçenek aralığı üzerinde "üstü kapalı bir koşulluluk" dayatan finansal piyasa liberalizasyonudur. Politika alanı üzerindeki bütün uluslararası kısıtlamalar potansiyel olarak sağlık açısından olumsuz olmasa da (insan hakları anlaşmaları ve çok taraflı çevre anlaşmaları sağlık açısından olumlu kısıtlamalar olarak anılmaktadır) yazarlar sağlık ve SSB için politika esnekliklerini korumanın önemini tartışmaktadır.

Bölüm 6, hükümetlerin küresel piyasa liberalizasyonunun doğasındaki "eşitsizlik üreten" sonuçları tamponlamak için kullanabilecekleri bir dizi politika üzerine

odaklanmaktadır: sosyal koruma politikalarının kullanımı (ve genişlemesi). Genel olarak küreselleşme ve özel olarak serbest ticaret, ülkeler arasında olduğu kadar yerel ekonomilerde de belirgin olarak kazananlar ve kaybedenler yaratır. Olumsuz etkiler, ticaret reformlarındaki tek seferlik ayarlamalar ile sınırlı olmayıp, daha genel olarak açık bir ekonomideki ekonomik yeniden yapılanmanın daha sık yapılması ve kapsamla ilgilidir. Bhusan ve Blouin, Doğu Asya ülkelerinin 1990'ların sonundaki finansal krize verdikleri tepkilere dair deneyimlerini kullanarak, farklı ulusal politikaların ticari veya finansal serbest piyasadan doğan ekonomik kırılganlığı azaltmaya yönelik etkisini değerlendirmektedir. Kanıtlar küresel piyasa entegrasyonunun öncesinde veya yanı sıra genel sosyal güvenlik ağlarının geliştirilmesinin (genişletilmesinin, derinleştirilmesinin) öneminin altını çizmektedir – yakın zamanda Kronik Yoksulluk Araştırma Merkezi olarak bilinen bir üniversite/STK ortaklık organizasyonunun 2008-2009 *Kronik Yoksulluk Raporu*'nda bu yorum yapılmış ve güçlü şekilde vurgulanmıştır (Addison et al., 2008).

Kamu tarafından finanse edilen sağlık bakımı, eğitim, etkin işgücü piyasası programları, istihdam sigortası ve doğrudan gelir transferleri gibi sosyal koruma politikalarının ilişkili olduğu maliyetler vardır; çoğu düşük gelirli ülke gelecekte birkaç on yıl boyunca etkili sosyal koruma programlarını kendi kendilerine finanse edemeyeceklerdir. Bölüm 7, bu ülkelerin mali kapasitelerini geliştirmek için iki kritik ve birbiri ile bağlantılı bir konuyu incelemektedir: yardım ve borç hafifletme. Taylor ve Rowson, yardım ödemelerindeki eğilimleri gözden geçirdikten sonra, yeni kanıtların yardımın daha yoksul olan ülkelerin sadece sağlık ve refahı için önemli olmadığını, başlangıçta bağışçı ülke uygulamaları ve koşulları ile ilişkili iyice belgelenen sorunlara rağmen ekonomik gelişimde ve sağlık sonuçlarını geliştirmekte etkili olduğunu beyan ederek, yardım etkinliği hakkındaki sıcak tartışma ile yüzleşmektedir. Ancak yardımın etkinliği ülkelerin yabancı (ve daha az bir miktarda yerel) borçları servis etmeye devam etmesi ile aksamaktadır. Ağır Borç Yükü Altındaki Yoksul Ülkeler olarak bilinen bir grup ülke için borç hafifletme veya iptal etme hız eksikliği ve borç veren baskınlığı ile tehlikeye düşmüştür. Aynı zamanda borç iptali sürecini, ülkelerin borç karşısında ekonomik olarak savunmasızlığına odaklanan çerçeveden, borç vermenin daha geniş kamusal sorgulamaya tabi olduğu, borç verenler ve alanlar arasında uluslararası arabuluculuk süreçlerinin kurulduğu ve sosyal ihtiyaçları borç geri ödemesinden öne koymayı içeren "borç sorumluluğu" düşüncesine odaklanan bir çerçeveye doğru acil olarak yeniden tanımlamaya ihtiyaç vardır.

Bölüm 8, küreselleşmenin sağlık üzerinde etkilerini incelemeyi sadece bir kritik sektör üzerinde odaklanarak daraltmaktadır: sağlık sistemleri. Lister ve Labonte, 1980'lerden bu yana ve özellikle Dünya Bankası'nın 1990'larda sağlık sistemi finansmanına girmesinden sonra, sağlık sistemi reformunun küresel olarak mali-

yeti geri kazanma (kullanıcı ücretleri), özelleştirme, rekabet, teknik/hastalığa özel müdahaleler ve evrensel, kapsamlı kamu sistemleri için çağrı yapan Temel Sağlık Hizmetleri hakkındaki Alma Ata Bildirisi'nin altını oyan diğer politika yaklaşımlarını vurgulayan bir "piyasalaştırma" modeli izlediğini savunmaktadırlar. Bu reformların, yapısal uyum, yardım veya borç hafifletme inisiyatifleri aracılığı ile dayatılmasının sonuçları büyük ölçüde sağlık açısından olumsuz olmuştur ve son zamanlarda görülen daha geniş ve daha bütüncül modellere yönelik yapılan çağrılara yol açmıştır. Ancak, küresel politika konuşmalarında, bu kamu müdahale politikaları yeniden ortaya çıkmaya başlarken dahi, süregelen ticaret görüşmeleri sağlık hizmetlerinde uluslararası ticarete açılmanın ekonomik değerini vurgulamaya devam etmektedir. Zaten, gelişmiş ülkelerden ziyade gelişmekte olan ülkeler bunu yapmaya girişirken, bundan faydalanması en muhtemel olanlar gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmeti sunucuları ve sigortacılardır. Bazıları sağlık hizmetlerini yabancı yatırıma ve hizmet sunanlara açmanın ulusal sistemlere yeni sermaye ve uzmanlık getirerek hizmetlere erişimi geliştirebileceğine inanmaktadır. Diğerleri bunun sadece nüfusun daha yüksek gelire sahip çok küçük bir kısmı için daha iyi erişim anlamına geleceğinden endişelenmektedir. Yüksek gelirli ülkelerden gelen hastaların düşük gelirli ülkelerde hastane bakımı aldıkları "tıbbi turizm"de yakın zamanlarda görülen patlama, bu açıdan uyarıcı bir hikâyedir.

Bölüm 9, küreselleşmenin sağlık sistemleri üzerindeki etkisinin başka bir yönünü vurgulamaktadır: küresel sağlık emekgücü göçündeki "kriz". En azından kısmen liberalizasyon veya küresel piyasa entegrasyonunun diğer biçimlerine bağlanabilen kötüleşen ekonomik ve daha geniş sosyal ve çevresel koşullar pek çok gelişmekte olan (ve özellikle düşük gelirli) ülkelerdeki sağlık çalışanlarını dışarı "itmekte"dir. Aynı zamanda sağlık emekçisi göçmenlerin ana hedef ülkeleri sağlık emekçisi kıtlığı çekmekte ve rahatlamak için yabancı ülkelerde eğitim görmüş sağlık emekçilerinin göçüne gittikçe daha fazla dayanmaktadırlar. Bu ülkeler daha yüksek ücret, daha iyi çalışma koşulları ve para tasarrufu için daha büyük fırsatlar sağlayabilmekte ve yabancı sağlık çalışanlarını etkili şekilde çekmektedir. Sağlık emekçilerinin bu küresel akışı, ister eleştirmenlerin ileri sürdüğü gibi bir "beyin göçü", ister diğerlerinin savunduğu gibi bir "beyin dolaşımı" olsun, en büyük ihtiyaca sahip ülkelerdeki kısa vadeli etkisi dramatik sağlık emekçisi darlığıdır. Packer, Labonté ve Runnels, bölümü, küresel emekgücü göçünü daha etik ve adil yönetmek üzere önerilen çeşitli politika seçeneklerinin fizibilitesi ve çekiciliğini inceleyerek sonuçlandırmaktadır.

Bölüm 10, düşük kalitede, enerjiden zengin beslenme biçimlerinin küreselleşmesinin, obeziteye ve beslenme ile ilişkili kronik hastalıklara yol açmasına atıfta bulunan bir terim olan "beslenme dönüşümü" kavramını tanıtmaktadır. Hawkes, Chopra ve Friel, hâlâ yetersiz beslenmeden muzdarip bir dünyada, küreselleşme-

nin "aşırı beslenme"nin gelişimini nasıl etkilediğini araştırmaktadır. Belli üç süreç (ulusötesi gıda şirketlerinin büyümesi, uluslararası gıda ticareti ve küresel gıda reklam ve promosyonu) üzerinde odaklanarak, düşük kaliteli beslenme biçimlerinin artmasına yol açan küreselleşmenin tedarik-taraflı süreçlerini tanımlamaktadırlar. Kanıtlar bu süreçlerin değişik gıdaların bulunabilirliğini, fiyatını, erişilebilirliğini ve çekiciliğini etkilediğini ve değişik sosyoekonomik gruplar arasında eşit olmayan beslenme alışkanlıklarının gelişimine yol açtığını göstermiştir. Bölüm, sunulan kanıtların politika üzerindeki etkileri tartışılarak sona ermektedir.

Bölüm 11, doğrudan sağlıkla ilişkili etkileri bulunan küreselleşme politikalarından en bariz ve en tartışmalı olanlardan, mevcut fikri mülkiyet hakları rejiminden dolayı sağlık çıktılarında ortaya çıkan eşitsizlikleri incelemektedir. Correa, fikri mülkiyet hakları sisteminin uluslararasılaştırılmasının ve özellikle Ticaretle İlişkili Fikri Mülkiyet Hakları üzerine DTÖ Anlaşması'ndaki minimum koruma standartlarının benimsenmesinin etkisini incelemektedir. Bölüm, ilaç alanındaki yeniliklerin bazı özelliklerini ve araştırma ve geliştirme için baskın modelde gerçekleşmekte olan değişimlerin altını çizmektedir. Bu kayan bağlamda, patentlerin özellikle yoksulları etkileyecek şekilde ilaç erişimine engeller koyarak, gelişmekte olan ülkelerde baskın olan hastalıklar üzerinde araştırma ve geliştirmeyi desteklemekte başarısız olduğunu belirtmektedir. Bölüm, politika müdahalelerinin bu tür erişimleri, ticaret anlaşmalarında güçlendirilmiş esneklikler (örn. zorunlu lisanslar için) ve patent rejimlerinin dışında ilaç araştırmasını finanse etmek için çeşitli modeller aracılığı ile nasıl geliştirebileceğini değerlendirerek sonuçlanmaktadır.

Bölüm 12, küreselleşmenin çeşitli ticaret ve yatırım kurallarına dayalı mevcut sisteme yönelik alternatifleri geniş çapta sağlık için küresel yönetim alanına genişletmektedir. Lee ve katkıda bulunan yazarları SSB ile ilişkili küresel yönetime geçişi kurumsal aktörler ve nispi rolleri, güçleri ve yetkileri açısından belgelemektedirler. Bölüm daha sonra küresel yönetimin ortaya çıkan şekillerinin SSB'yi nasıl etkileyebildiğini şu şekilde sorgular: Çeşitli kurumlar ve aralarındaki güç ve otorite dağılımı ve kullanımı SSB'yi nasıl etkileyebilmektedir? Yazarlar bu soruyu, kısmen, ortaya çıkan küresel yönetim şekillerinin kalitesini, tanınmış "iyi yönetim" kriterlerine karşı değerlendirerek cevaplamaktadır. Bölüm son olarak küresel yönetimin SSB'e hitap ederken nasıl dönüştürücü bir rol oynayabileceğini tanımlamaktadır.

Bölüm 13, önceki bölümlerdeki tartışmaları özetlemekte ve damıtmaktadır. Kitabın bölümlerinden alınan bazı kilit politika tavsiyelerini öne çıkartmakta ve küreselleşmenin yeniden-dağıtım (redistribution), düzenleme (regulation) ve haklar (rights) "üç R"si etrafında yapılanan mevcut asimetrilerine cevaben küresel bir politika gündemi tanımlamaktadır. Uluslararası insan hakları çerçevesi

metalaştırmayı ve küresel piyasanın sağlık adaletinin altını kazacak şekilde yayılmasını sınırlayıcı fırsatlar sunduğu için ele alınmıştır. Daha genel olarak Bölüm 13, uluslararası ölçekte "üç R"nin talep ettiği ulusal hükümetler ve çok taraflı kurumlar tarafından yapılacak koordineli eylemlerin yeni şekillerini, politika iyileştirmesi için çok sayıda verimli alanın altını çizerken bunların potansiyelinin muhtemelen kararlı liderlik ve politik eylem yokluğunda gerçekleşmesinin mümkün olmadığını belirterek tanımlamaktadır.

Bölüm 14, Halkların Sağlık Hareketi'nin (People's Health Movement) kurucularından biri olan ve uzun süredir Afrika'da yerleşik bir eylemci halk sağlığı doktoru olan David Sanders'in davetli olarak düşüncelerini sunmaktadır. Bölüm, çağdaş küreselleşme ile ilişkili sağlık adaletsizliklerinin kalbinde yattan güç eşitsizlikleri hakkındaki kanıtları ve bu zehirleyici eşitsizliklere karşı çıkmak ve değiştirmek için sivil toplumun kökü geçmişe dayalı mücadalelerinin gerekliliği üzerine odaklanmaktadır.

KAYNAKLAR

Abu-Lughod, J. (1999). *New York, Chicago, Los Angeles: America's global cities.* Minneapolis: Universtiy of Minnesota Press.

Adams, C. T. (1977). The Philadelphia experience. *Annals of the American Academy of Political and Social Science,* 551, 222-34.

Addison, T., Harper, C., Prowse, M., Shepherd, M., Barrientos, A., Braunholtz-Speight, T., et al. (2008). *The Chronic Poverty Report 2008-09.* Manchester, UK: Chronic Poverty Research Centre. Retrieved from: http://www.chronicpoverty.org/pubfiles/CRP2wholereport.pdf.

Aglionby, J. (2000). Life and death on a rubbish dump. *Guardian* [online] July 14.

Alcamo, J., van Vuuren, D., Ringler, C., Cramer, W., Masui, T., Alder, J., et al. (2005). Changes in nature's balance sheet: Model-based estimates of future worldwide ecosystem services. *Ecology and Society,* 10.

Alcantara de Vasconcellos, E. (2005). Urban change, mobility and transport in São Paulo: Three decades, three cities. *Transport Policy,* 12, 91-104.

Appadurai, A. (1990). Disjuncture and difference in the global cultural economy. *Theory, Culture, and Society,* 7, 295-310.

Ayres, R. U., & Ayres, L. W., eds. (2002). *A handbook of industrial ecology.* Cheltenham, UK: Edward Elgar. Retrieved from: http://books.google.com/books?ie=UTF8&hl=en&id=g1Kbxizc1wC&dq=Ayres+dematerializa-tion&prev=http://scholar.google.com/olar%3Fq%DAyres+%2Bdematerialization%26num3D100%26hl%3Den%26sa%3DG&pg=PR4&printsec=3&1pg=PR4%sig=uIFZhp-FsoTg96uO0T6ykidla61U.

Babb, S. (2000). *Managing Mexico: Economists from nationalism to neoliberalism.* Princeton, NJ: Princeton Universty Press.

———. (2005). The social consequences of structural adjustment: Recent evidence and current debates. *Annual Review of Sociology,* 31, 199-222.

Barrett, C. B., Barbier, E. B., & Reardon, T. (2001). Agroindustrialization, globalization, and international development: The environmental implications. *Environment and*

Development Economics, 6. 419-33.

Bassett, M. T., Bijlmakers, L. A., & Sanders, D. (2000). Experiencing structural adjustment in urban and rural households of Zumbabwe. In M. Turshen (ed.), *African women's health* (pp. 197-91). Trenton, NJ: Africa World Press.

Bhattacharya, D., Moyo, T., Terán J. F., Morales, L. I. R., Lóránt, K., Graham, Y., et al. (2002). *The policy roots of economic crisis and poverty: A multi-country participatory assesment of structural adjustment* (1st ed.). Washington, DC: Structural Adjustment Participatory Review International Network (SAPRIN) Secretariat. Retrievet from: http://www.saprin.org.

Birchfield, V., & Freyberg, A. (2004). Constructing opposition in the age of globalization: The potential of ATTAC. *Globalizations,* V1, 278-304.

Birdsall, N., & Hamoudi, A. (2002). *Commodity dependence, trade, and growth: When "openness" is not enough.* CGD Working Papers No. 7. Washington, DC: Center for Global Development.

Black, R., Morris, S., & Bryce, J. (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet,* 362, 2226-34.

Bond, P. (2005). Globalisation/commodification or deglobalisation/decommodification in urban South Africa. *Policy Studies,* 26. 337-58.

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 57, 254-58.

Brooks, S. M. (2004). International financial institutions and the diffusion of foreign models for social security reform in Latin America. In K. Weyland (ed.), *Learning from foreign models in Latin American policy reform* (pp. 53-80). Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press.

Bryce, J., Boschi-Pinto, C., Shibuya, K., & Black, R. E. (2005). WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet,* 365, 1147-52.

Brysk, Alison (2004). *Nukar dignz aro hdivate wrongs: Constructing norms in global civil society.* Paper presented at the International Studies Association annual conference, Montreal. Retrieved from: http://archive.allacademic.com/publication/index.php?PHPSESSID=691c5c9a256aaa8d53eba3a0f45373fd.

Bunnell, T., & Nah, A. M. (2004). Counter-global cases for place: Contesting displacement in globalising Kuala Lumpur metropolitan area. *Urban Studies,* 41, 2447-67.

Butler, C. D. & Oluoch-Kosuara, W. (2005). Linking future ecosystem services and future human well-beign. *Ecology and Society,* 11.

Carpenter, S. R., Bennett, E. M., & Peterson, G. D. (2005). Scenarios for ecosystem services: An overview. *Ecology and Society,* 11.

Castells, M. (1996). *The rise of the network socity.* Oxford, UK: Blackwell.

Chen, S., & Ravallion, M. (2007). *Absolute poverty measures for the developing world,* 1981-2004. World Bank Policy Research Working Paper WPS4211. Washington, DC: World Bank. Retrieved from: http://d.repec.org/n?u=RePEc:wbk:wbrwps:4211&r=1tv.

Chopra, M., & Darnton-Hill, I. (2004). Tobacco and obesity epidemics: Not so different after all? *British Medical Journal,* 328, 1558-1560.

Chopra, M., Galbraith, S., & Darnton-Hill, I. (2002). A global response to a global problem: The epidemic of overnutrition. *Bulletin of the World Health Organization,* 80, 952-58.

Clapp, J. (2001). *Toxic exports: The transfer of hazardous wastes from rich to poor countries.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

———. (2002). Seeping through the regulatory cracks. *SAIS Review,* 22, 141-55.

Cole, M. A., & Elliott, R. J. R. (2005). FDI and the capital intensity of "dirty" sectors: A missing piece of the pollution haven puzzle. *Review of Development Economics,* 9, 530-48.

Commission on Macroeconomics and Health. (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.cid.harvardı.edu/cidcmh/CMHReport.pdf.

Cork, S. J., Peterson, G. D., Bennett, E. M., Petschel-Held, G., & Zurek, M. (2005). Synthesis of the storylines. *Ecology and Society,* 11.

Corvalan, C., Hales, S., McMichael, A., Butler, C., Campbell-Lendrum, D., Confalonieri, U., et al. (2005). *Ecosystems and human well-being: Health synthesis.* Geneva: World Heald Organization. Retrieved from: http://www.millenniumassessment.org.

Coulton, C. J. (2003). Metropolitan inequites and the ecology of work: Implications for welfare reform. *Social Service Review,* 77, 159-89.

Crocker T. (1984). Scientific truths and policy truth in acid deposition research. In T. Crocker (ed.), *Economic perspectives on acid deposition control.* Boston: Butterworth.

Deaton, A. (2004). Healt in an age of globalization. *Brookings Trade Forum,* 83-130.

———. (2006). Global patterns fo income and health. WIDER *Angle,* 2, 1-3.

de Ferranti, D., Perry, G., Ferreira, F. H., & Walton, M. (2004). *Inequality in Latin America & the Caribbean: Breaking with history?* Washington, DC: World Bank. Retrievd from: http://wbln0018.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/0/4112F1114F594B85256DB262?Opendocument.

Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. In M. Whitehead, T. Evans, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth (eds.), *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 12-23). New York: Oxford University Press.

Dollar, D. (2001). *Globalization, inequality, and poverty since 1980.* Washinton, DC: World Bank. Retrieved from: *http://www.sfu.ca/*~akaraiva/e455dollarglo.pdf.

———. (2002). Global economic integration and global inequality. In D. Gruen, T. O'Brien, & J. Lawson (eds.), *Globalisation, living standards and inequality: Recent* 27-28 May, 2002 (pp. 9-36). Canberra: Reserve Bank of Australia. Retrieved from: http://www.rba.gov.au/PublicationsAndResearch/Conferences/2002/.

Dollar, D., & Kraay, A. (2002). *Growth is good for the poor.* Washington, DC: World Bank. Retrieved from: www.worldbank.org/research.

———. (2004). Trade, growth, and poverty. *The Economic Journal,* 114, F22-F49.

Dowrick, S., & Golley, J. (2004. Trade openness and growth: Who benefits? *Oxford Review of Economic Policy,* 20, 38-56.

Elson, D., & Cagatay, N. (2000). The social content of macroeconomic policies. *World Development,* 28, 1347-64.

Employment Conditions Knowledge Network. (2007). *Employment conditions and health inewualities: Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH).* Barcelona, Spain: Health Inequalities Research Group, Occupational Health Research Unit, Department of Experimental Sciences and Health, Universitat Pompeu Fabra. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf.

Eyoh, D., & Sandbrook, R. (2003). Pragmatic neo-liberalism and just development in Africa. In A. Kohli, C. Moon, & G. Sórensen (eds.), *States, markets, and just growth:*

Development in the twenty-firs century (pp. 227-57). Tokyo: United Nations University Press.

Ezzati, M., Vander Hoorn, S., Lawes, C. M., Leach, R., James, W. P., Lopez, A. D., et al. (2005). Rethinking the "diseases of affluence" pradigm: Global patterns of nutritional risk in relation to economic development. *Public Library of Science Medicine,* 2, 1-9.

Feachem, R. G. A. (2001). Globalisation is good for your health, mastyl. *British Medical Journal,* 323, 504-06.

Ferguson, J. (2005). Seeing like an oil company: Space, security, and global capital in neoliberal Africa. *American Anthropologist,* 107, 377-82.

Fernandes, L. (2004). The politics of forgetting: Class politics, satate power and the restructuring of urban space in India. *Urban Studies,* 41, 2415-30.

Frey, R. S. (2003). The transfer of core-based hazardous production processes toh the export processing zones of the periphery: The maquiladora centers of northern Mexico. *Journal of World-Systems Research,* 9, 317-54.

Gellert, P. K. (2005). The shifting natures of "development": Growth, crisis, and recovery in Indonesia's forests. *World Development,* 33, 1345-64.

George, S. (1988). *A fate worse than debt.* London: Penguin.

Gershman, J., & Irwin, A. (2000). Getting a grip on the global economy. In J. Y. Kim, J. V. Millen, A. Irwin, & J. Gershman (eds.), *Dying for growth: Global inequality and the health of the poor* (pp. 11-43). Monroe, ME: Common Courage Press.

Gilbert, T., & Gilbert, L. (2004). Globalization and local power: Influences on health matters in South Africa. *Health Policy,* 641, 245-55.

Goldemberg, J., Johansson, T. B., Reddy, A. K., & Williams, R. H. (2001). Energy for the new millennium. *Ambio: A Journal of the Human Environment,* 30, 330-37.

Griffith, D. (2000). Social capital and economic apartheid along the coasts of the Americas, *Urban Anthropology,* 29, 255-84.

Gwatkin, D. (2002). *Who would gain most from efforts to reach the millennium development goals for health?* Washington, DC: World Bank.

Hanlon, J. (2000). How much debt must be cancelled? *Journal of International Development,* 12, 877-901.

Henninger, N., & Snel, M. (2002). *Where are the poor? Experiences with the development and use of poverty maps.* Washington, DC: World Resources Institute. Retrieved from: http://www.povertymap.net/pub.htm.

Hodos, J. (2002). Globalization, regionalism, and urban restructuring: The case of Philadelphia. *Urban Affairs Review,* 37, 358-79.

Iles, A. (2004). Mapping environmental justice in technology flows: Computer waste impacts in Asia. *Global Environmental Politics,* 4, 76-107.

Jenkins, R. (2004). Globalization, production, employment and poverty: debates and evidence. *Journal of International Development,* 16, 1-12.

Jubany, F., & Meltzer, J. (2004). *The Achilles' heel of Latin America. The state of the debate on inequality,* FPP-04-5. Ottowa: Canadian Foundation for the Americas (FOCAL).

Kapur, Dl, & Webb, R. (2000). *Governance-related conditionalities of the international financial institutions.* G-24 Discussion Paper Series, No.6. Cambridge, MA: Unidet Nations/Center for International Development, Harvard University.

Kasarda, J. D. (1989). Urban industrial transition and the underclass. *Annals of the American Academy ofPolitical and Social Science,* 501, 26-47.

Kaufman, R. R. (2003). Latin America in the global economy: Macroeconomic policy, social welfare, and political democracy. In A. Kohli, C. Moon, & G. Sorensen (o harfinde aksan var) (eds.), *States, markets, and just growth: Development in the twenty-first century* (pp. 97-126). Tokyo: United Nations University Press.

Killick, T. (2004). Politics, evidence and the new aid agenda. *Development Policy Review,* 22, 5-29.

Kjellstrom, T., Mercado, S., Satterthwaire, D., McGranahan, G., Friel, S., & Havemann, K. (2007). *Our cities, our health, our future: Acting on social determinants for health equity in urban settings—Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings.* Kobe, Japan: WHO Centre for Health Development. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16ju107.pdf.

Kopinak, K., & Barajas, R. (2002). Too close for comfart? The proximity of industrial hazardous wastes to local populations in Tijuana, Baja California. *Journal of Environment and Development,* 11, 215-46.

Kozul-Wright, R., & Rayment, P. (2004). *Globalization reloaded: An UNCTAD perspective.* Unctad Discussion Paper No. 167. New Yor: United Nations Conference on Trade and Development.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R., eds. (2003). *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organization.

Labonte, (e harfinde aksan var) R., Blouin, C., Chopra, M., Lee, K., Packer, C., Rowson, M., et al. (2007). *Towards health-equitable globalization: Rights, regulation and redistribution, Globalization Knowledge Network Final Report to the Commission on Social Determinants of Health.* Ottowa: Institute of Population Health, University of Ottawa. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_final_report_042008.pdf.

Lakshmi, Rama. (2005, August 5). Bombay moves to push out the poor: Slums are razed as plans envisage reinvented city. *Washington Post.*

Leaf, M. (1996). Building the road for the BMW: Culture, vision, and the extended metropolitan region of Jakarta. *Environment and Planning A,* 28, 1617-35.

Leatherman, T. L., & Goodman, A. (2005). Coca-colanization of diets in the Yucatan. *Social Science and Medicine,* 61, 833-46.

Lee, K., & Goodman, H. (2002). Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980's. In K. Lee, K. Buse, & S. Fustukian (eds.), *Health policy in a globalising world* (pp. 97-119). Cambridge: Cambridge University Press.

Lozano, R., Zurita, B., Franco, F., Ramirez, T., Hernandez, P., & Torres, J. (2001). Mexico: Marginality, need, and resource allocation at the county level. In M. Whitehead, T. Evans, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth (eds.). *Challenging inequities in health: From ethics to action* (pp. 276-95). New York: Oxford University Press.

Lund, F. (2004). *Livelihoods (un)employment and social safety nets: Reflections from recent studies in KwaZulu-Natal.* Hatfield, South Africa: Southern African Regional Poverty Network. Retrieved from: http://www.sarpn.org.za/documents/d0000925/index.php.

Lundy, P. (1996). Limitations of quantitative research in the study of structural adjustment. *Social Science and Medicine,* 42, 313-24.

Makdisi, S. (1997). Laying claim to Beirut: Urban narrative and spatial identity in the age of solidere. *Critical Inquiry,* 23, 660-705.

Marchak, P. (1991). *The integrated circus: The new right and the restructuring of global markets.* Montreal: McGill-Queen's University Press.

Marmot, M. (2000). Inequalities in health: Causes and policy implications. In A. Tarlov & R. St. Peter (eds.), *The society and population health reader, vol. 2: A state and community perspective* (pp. 293-309). New York: New Press.

———. (2006). Health in an unequal world. *The Lancet,* 368, 2081-94.

McChesney, R. (2000). *Rich media, poor democracy: Communications politics in dubious times.* New York: New Press.

McChesney, R., & Schiller, D. (2003). *The political economy of international communications:* Foundations for the emerging global debate about media ownership and regulation. Technology, Business and Society Programme Paper No. 11. Geneva: UNRISD.

Mesa-Lago, C., & Müüller, K. (2002). The politics of pension reform in Latin America. *Journal of Latin American Studies,* 34, 687-715.

Milanovic, B. (2003). The two faces of globalization: Against globalization as we know it. *World Development,* 31, 667-83.

Miller, M. C. (2002). What's wrong with this picture? *The Nation* [online]. Retrieved from: http://www.thenation.com/doc.mhtml?i=20020107&s=miller.

Milward, B. (2000.). What is structural adjustment? In G. Mohan, E. Brown, B. Milward, & A. B. Zack-Williams (eds.), *Structural adjustment: Theory, practice and impacts* (pp. 24-38). London: Routledge.

Montague, D. (2002). Stolen goods: Coltan and canflict in the Democratic Republic of Congo. SAIS Review, XXII, 103-18.

Monteiro, C., Conde, W., & Popkin, B. (2004). Obesity and inequities in health in the developing world. *International Journal of Obesity,* 28, 1181-86.

Monteiro, C., Moura, E., Conde, W., & Popkin, B. (2004). Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: A review. *Bulletin of the World Health Organization,* 82, 940-46.

Moody, R., Gedick, A., Smith, S. D., Bank Information Center, Bosshard, P., Membup, J., et al. (2005). *The riks we run: Mining, communities, and political risk insurance.* Utrecht, Netherlands: International Books.

Mydans, Seth. (2000, July 18). Before Manila's garbage hill collapsed: Living off scavenging. *New York Times.*

Nantulya, Vivand M., et al., eds. (2003). Road traffic injuries and health equity. *Injury Control and Safety Promotion,* (special issue) 10, 1-2.

Narayan, D., Chambers, R., Shah, M. K., & Petescch, P. (2000). *Voices of the poor: Crying out for change.* Oxford: Oxford University Press for the World Bank.

Narayan, D., Chambers, R., Shah, M. K., & Koch-Schulte, S. (1999). *Can anyone hear us? Voices from 47 countries.* Washington, DC: Poverty Group, PREM, World Bank.

Naylor, R. T. (1987). *Hot money: Peekaboo finance and the politics of debt.* Toronto: McClelland & Stewart.

Nelson, G. C., Bennett, E., Berhe, A. A., Cassman, K., DeFries, R., Dietz, T., et al. (2005). Anthropogenic drivers of ecosystem change: An overview. *Ecology and Society,* 11.

Nissanke, M., & Thorbecke, E. (2006). Channels and in the globalization-inequality-poverty nexus. *World Development,* 34, 1338-60.

Paes de Barros, R., Contreras, D., Feres, J. C., Ferreira, F. H. G., Ganuza, E., Hansen, E., et al. (2002). *Meeting the millennium poverty reduction targets in Latin America and the*

Caribbean. Satniago: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean.

Page, T. (1978). A generic view of toxic chemicals and similar risks. *Ecology Law Quarterly,* 7, 207-44.

Paluzzi, J. E., & Farmer, P. E. (2005). The wrong question. *Development,* 48, 12-18.

Pappas, G., Hyder, A. A., & Akhter, M. (2003). Globalization: Toward a new framework for public health. *Social Theory and Health,* 1, 91-107.

Peden, M., McGee, K., & Sharma, G. (2002). *The injury chart book: A graphical overview of the global burden of injuries.* Geneva: WHO.

Pogge, T. (2002). *World poverty and human rights.* Cambridge: Polity.

Potts, D., & Mutambirwa, C. (1998). "Basics are now a luxury": Perceptions of structural adjustment's impact on rural and urban areas in Zimbabwe. *Environment and Urbanization,* 10, 55-76.

Przeworski, A., Bardhan, P., Bresser Pereira, L. C., Bruszt, L., Choi, J. J., Comisso, E. T., et al. (1995). *Sustainable democracy.* Cambridge: Cambridge University Press.

Pucher, J., Korattyswaropam, N., Mittal, N., & Ittyerah, N. (2005). Urban transport crisis in India. *Transport Policy,* 12, 185-98.

Puckett, J., Byster, L., Westervelt, S., Gutierrez, R., Davis, S., Hussain, A., et al. (2002). *Exporting harm: The high-tech trashing of Asia.* Seattle, WA: The Basel Action Network.

Razavi, S., Pearson, R., & Danloy, C., eds. (2004). *Globalization, export-oriented employment and social policy: Gendered connections.* Noundmills, UK: Palgrave Macmillan.

Reardon, K. M. (1997). State and local revitalization efforts in East St. Louis, Illinois. *Annals of the American Academy of Political and Social Science,* 551, 235-47.

Reddy, S. G., & Pogge, T. W. (2005). *How not to count the poor, Version 6. 2.* New York: Columbia University. Retrieved from: http://www.undp-povertycentre.org/publications/poverty/HowNOTtocountthepoor-SONJAYREDDY.pdf.

Rich, B., Horta, K., & Goldzimer, A. (2000). *Export credit agencies in sub-Saharan Africa indebtedness for extractive industries, corruption and conflict.* Washington, DC: Environmental Defense. Retrived from: from: http://www.environmentaldefense.org/documents/638_ACF666.pdf.

Richter, L. (2001). Tourism challenges in less developed nations: Continuity and change at the millennium. In D. Harrison (ed.), *Tourism and the less developed world: Issues and case studies* (pp. 47-59). Oxford: CABI Publishing.

Rodriguez, J. P., Beard, T. D., Bennett, E. M., Cumming, G. S., Cork, S. J., Agard, J., et al. (2005). Trade-offs across space, time, and ecosystem services. *Ecology and Society,* 11.

Satterhwaite, D. (2003). The Millennium Development Goals and urban poverty reduction: Great expectations and nonsense statistics. *Environment and Urbanization,* 15, 181-90.

Savitch, H. (2003). How suburban sprawl shapes human well-being. *Journal of Urban Health,* 80, 590-607.

Schiller,y D. (1999). *Digital capitalism: Networking the global market system.* Cambridge, MA: MIt Press.

Schoepf, B. G. (1998). Inscribing the body politic: AIDS in Africa. In M. Lock & P. Kaufert (eds.), *Pragmatic women and body politics* (pp. 98-126). Cambridge: Cambridge University Press.

———. (2004). "Mobutu's disease": A social history of AIDS in Kinshasa. *Review oef African Political Economy,* 29, 561-73.

———. (2004). AIDS in Africa: Structure, agency, and risk. In E. Kalipeni, S. Craddock, J. R. Oppong, & J. Ghosh (eds.), *HIV & AIDS in Africa: Beyond epidemiology* (pp. 121-32). Oxford: Blackwell.

Schoepf, B. G., Schoepf, C., & Millen, J. V. (2000). Theoretical therapies, remote remedies: SAPs and the political ecoloy of poverty and health in Africa. In J. Y. Kim, J. V. Millen, A. Irwin, & J. Gershman (eds.), *Dying for growth: Global inequality and the health of the poor* (pp. 81-126). Monroe, ME: Common Courage Press.

Schrecker, T. (2001). Using science in environmental policy: Can Canada do better? In E. Parson (ed.), *Governing the environment: Persistet challenges, uncertain innovations* (pp. 31-72). Toronto: University of Toronto Press.

Sell, S. K. (2003). *Private power, public law: The globalization of intellectual property rights.* Cambridge University Press.

———. (2004). The quest for global governance in intellectual property and public health: Structural, discursive and institutional dimensions. *Temple Law Review,* 77, 363-99.

Sizer, N., & Plouvier, D. (2000). *Increased investment and trade by transnational logging companies in Africa, the Caribbean and the Pacific: Implications for the sustainable management and conservation of tropical forests.* Brussels: World Wide Fund for Nature-International.

Somerville, M. A., & Rapport, D., eds (2000). *Transdisciplinarity: (Re)creating integrated knowledge.* London: UNESCO/EOLSS Publishers.

Stein, C. E., Inoue, M., & Fat, D. M. (2004). The global mortality of infectious and parasitic diseases in children. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases,* 15, 125-29.

Stephens, C. (1996). Healthy cities or unhealthy islands? The health and social implications of urban inequality. *Environment and Urbanization,* 8, 9-30.

Stonich, S. (1998). Political ecology of tourism. *Annals of Tourism Research,* 25. 25-36.

Stonich, S. C., & Vandergeest, P. (2001). Violence, environment, and industrial shrimp farming. In N. Peluso & M. Watts (eds.), *Violent environments* (pp. 261-86). Ithaca, NY: Cornell University Press.

Storper, M. (1997). *The Regional World: Territorial development in a global economy.* New York: Guilford Press.

Starnge, S. (1998). The new world of debt. *New Left Review,* 230, 91-114.

Szreter, s. (1997). Economic growth, disruption, deprivation, disease, and death: On the importance of the politics of public health for development. *Population and Development Review*, 23, 693-728.

Szreter, S. (2003). Health and security in historical perspective. In L. Chen, J. Leaning, & V. Narasimhan (eds.). *Global health challenges for human security* (pp. 31-52). Cambridge, MA: Global Equity Initiative, Asia Center, Harvard University.

Szreter, S., & Mooney, G. (1998). Urbanization, mortality, and the standard of living debate: New estimates of the expectation of life at birth in nineteenthcentury Britsh cities. *Economic History Review*, 51, 84-112.

't Hoen, E. (2002). TRIPS, Pharmaceutical patents and access to essential medicines: A long way from Seattle to Doha. *Chicago Journal of International Law,* 3, 27-46.

Turner, B. L., Clark, W. C., Kates, R. W., Richards, J. F, Matthews, J. T., & Meyer, W. B., eds. (1993). *The Earth as transformed by human action: Global and regional changes in the biosphere over the past 300 years.* Cambridge: Cambridge University Press.

Uauy, R., Albala, C., & Kain, J. (2001) Obesity trends in Latin America: Transiting from under- to overweight. *The Journal of Nutrition,* 131, 893S-899S.

UN Millennium Project Task Force On Improving the Lives of Sulum Dwellers. (2005). *A home in the city.* London: Earthscan. Retrieved from: *http://www.millenniumproject.org.*

United Nations Centre for Human Settlements. (2001). *Cities in a globalizing world: Global report on human settlements 2001.* London: Earthscan. Retrieved from:http://www.unhabitat.org/pmss/getPage.asp?page=bookView&book=1618.

United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2006). *World economic situation and prospects 2006.* New Yor: United Nations. Retrieved from: http://www.un.org/esa/policy/wess/wesp2006files/wesp2006.pdf.

United Nations Security Council. (2002). *Final report of the panel of experts on the illegal exploitation of natirul resources and other forms of wealth of the Democratic Republic of the Congo* No. S/2002/1146. New York: United Nations. Retrieved from: http://www.tcf.org/Publications/InternationalAffairs/report1.pdf.

United Nations Security Councu.. (2003). *Final report eof the panel of experts on the illegal exploitation of natural resources and othar forms of wealth of the Democratic Republic of the Congo* No. S/2003/1027. Retrieved from: http://www.tcf.org/Publications/InternationalAffairs/report2.pdf.

van der Hoeven, R., & Saget, C. (2004). Labour market institutions and income inequality: What are the new insights after the Washington consensus? In G. A. Cornia (ed.), *Inequality, growth, and poverty in an era of liberalization and globalization* (pp. 197-210). Oxford: Oxford University Press.

van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., et al. (2006). Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: An analysis of household survey data. *The Lancet,* 368, 1357-64.

Vasconcellos, E. (1997). The making of the middle-class city: Transportation policy in Sáo Poulo. *Environment and Planning A,* 29, 293-310.

Wacquant, L. (2001). The penalisation of poverty and the rise of neo-leberalism. *European Journal on Criminal Policy and Research,* 9, 401-12.

———. (2002). Toward a dictatorship over the poor? Notes on the penalization of poverty in Brazil. *Punishment Society,* 5, 197-205.

Warf, B., & Holly, B. (1997). The rise and fall and rise of Cleveland. *Annals of the American Academy of Political and Social Science,* 551, 208-21.

Watts, M. J. (2005). Righteours oil? Human rights, the oil complex, and corporate social responsibilty. *Annual Review oef Environment and Resources,* 30, 373-407.

Wheeler, D. (2001). Racing to the bottom? Foroign investment and air pollution in developing countries. *Journal of Environment and Development,* 10, 225-45.

Whitehead, M., Dahlgren, G. & Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet,* 358, 833-36.

Williamson, J. (1990). What Washington means by policy reform. In J. Williamson (ed.), *Latin American adjustment: How much has happened?* (pp. 7-38). Washington, DC: Institute for International Economics.

Wojcicki, J. M. (2002). "She Drank His Money": Survival sex and the problem of violence in taverns in Gauteng Province, South Africa. *Medical Anthropoloğğy Quarterly,* 16, 267-93.

Woodward, D., Drager, N., Beaglehole, R., & Lipson, D. (2001). Globalization and health: A framework for analysis and action. *Bulletin of the World Health Organization,* 79, 875-81.

Woodward, D., & Abdallah, S. (2008). *How poor is "poor"? Towards a rightsbased poverty line (technical version).* London: New Economics Foundation.

Woodward, D., & Simms, A. (2006). *Growth isn"t working: The unbalanced distribution of benefits and costs from economic growth.* London: New Economics Foundation. Retrieved from:http://www.neweconomics.org/NEF070625/NEF_Registration070625add.aspx?returnurl=/gen/uploads/hrfu5w555mzd3f55m2vqwty502022006112929.pdf.

World Bank. (1993). *World development report 1993: Investing in health.* New York: Oxford University Press.

———. (2007). World developmend indicators [online]. Retrieved from: http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/index2.htm

World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Semptember. World Health Organization [online). Retrieved from: http://www1.umn.edu/humanrts/instree/alma-ata.html

———. (2004). *World health report 2004: Changing history.* Geneva: World Health Organization.

2. Bölüm

KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK İLİŞKİSİ ÜZERİNE AMPİRİK BİR İNCELEME[1]

Giovanni Andrea Cornia, Stefano Rosignoli, Luca Tiberti

GİRİŞ

Son çeyrek yüzyıl boyunca, beş ana etken ekonomik eğilimleri olumlu yönde etkiledi: Soğuk Savaşın sona ermesi, komünizmin çöküşü ve demokratik kurumların yayılması, güdümlü ekonomilere piyasa reformlarının getirilmesi, doğum oranlarında keskin bir düşüş ve paralelinde iş gücünün büyümesi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin (BİT) yaygınlaşması ve biyomedikal devrim. Son çeyrek yüzyıl aynı zamanda yerel liberalleşme, özelleştirme ve ticari ve finansal liberalleşmenin altını çizen bir ekonomik modelin yaygınlaşmasına da tanıklık etti. Bu modelin taraftarları bu önlemlerin rant peşinde koşmayı azalttığını, rekabeti artırdığını, ihracat fırsatlarını geliştirdiğini ve yoksul ülkelerin kişi başı gelir ve sağlık konusundaki durumlarını gelişmiş ülkelerin değerlerine yaklaştırdığını iddia etmektedir (Dollar, 2001). Ancak bu tür iddialar nadiren doğrulanmış ve bu modeli benimseyen ülkelerde ekonominin ve sağlığın durumu çoğu kez hayal kırıklığı yaratmıştır (Bkz. Bölüm 9).

Bu bölümde küreselleşme politikaları[2], sağlığın sosyoekonomik belirleyicileri ve mortalite arasındaki ilişki ele alınarak bu açık çelişki aydınlatılmaya çalışılmıştır. Ciddi bir veri ve metodoloji sorunu bu çalışmayı oldukça zorlaştırırken, küreselleşme politikaları ile sağlığın durumu arasında nedensel bir bağlantı da ancak kesin olmayan bir şekilde kurulabilir. Yine de bu bölümde gözden geçirilen literatür ve sunulan ekonometrik analizler, yukarıda söz edilen ve son çeyrek yüzyılda yaşanan beş ana değişikliğe rağmen, sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve halk sağlığı göstergelerinin önceki yirmi yıla kıyasla daha yavaş geliştiğini göstermektedir. Bu yavaşlama rastlantısal şoklar ve içsel değişikliklerden de kaynaklanmış olabileceğinden, küreselleşme mutlak sorumlu tutulamaz. Yine de yapısal katılıkların, eksik yanları bulunan pazar ve kurumların, süreğen korumacılığın ve teknoloji transferinin yüksek maliyetli olduğu ortamlarda yapılan ekonomik politika değişiklikleri sağlığın durumundaki iyileşmeyi geciktirmiş olabilir.

[1] Yazarlar bu bölümün eski versiyonları ile ilgili yorumları için Ben Crow, Patrick ve Silvyane Guillaumont, Roberto De Vogli, Corinna Hawkes, Ronald Labonté ve Ted Schrecker'e ve Aralık 2006'da Clermont Ferrand Üniversitesi'nde ve Aralık 2007'de California Üniversitesi'nde Santa Cruz'da düzenlenen seminerlerin katılımcılarına teşekkür eder.

[2] Küreselleşme Bilgi Ağı (Globalization Knowledge Network) organizasyonunun yaklaşımına uygun olarak, ekonomik küreselleşme ülke pazarlarının mal, hizmet, yatırım, finans, teknoloji, bilgi ve işgücü alanlarında serbestleştirilmesi yolu ile ülkelerin dünya ekonomisine entegrasyon süreci olarak tanımlanmıştır.

KÜRESELLEŞMENİN GÜNCEL DÖNEMİNDE MORTALİTE EĞİLİMLERİ

1980 ile 2000 yılları arasında, temel sağlık göstergelerinin düzelme hızı bölgelerin çoğunda yavaşladı (Deaton, 2004). Cornia ve Menchini'nin çalışması (2006) seksenli ve doksanlı yıllarda (100-DYB) (DYB: Doğumda Yaşam Beklentisi) değerinin küresel iyileşme hızında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olduğunu teyit etmektedir.[3] Bu sonuç, analiz edilen ülke örneklem grubundan

Tablo 2.1 (100-DYB) ve Bebek Ölüm Hızının (BÖH) Nüfus Büyüklüklerine Göre Ağırlıklandırılmış[a] Ortalama Yıllık Değişim Oranları[b], 1960-2004

	(100-DYB)				*(BMO)*			
	60-80	*80-90*	*90-00*	*00-04*	*60-80*	*80-90*	*90-00*	*00-04*
Yüksek Gelirli Ülkeler	-0.84	-0.93	-0.97	-0.35***	-4.8	-3.9***	-3.6	-1.3***
Çin	-3.21[a]	-0.63***	-0.45***	-1.01***	-5.5[a]	-2.5***	-1.4***	-5.8***
Doğu Asya ve Pasifik (Çin Hariç)	-1.27	-1.28	-1.03**	-1.00	-2.5	-2.1	-3.3***	-2.6*
Doğu Avrupa ve Orta Asya (DAOA)	-0.53	-0.70	-0.32***	-0.70***	-2.1	-2.1	-1.9	-3.3***
Latin Amerika ve Karayipler	-1.07	-1.04	-1.02	-0.93	-2.5	-3.5***	-3.6	-2.7***
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	-1.17	-1.58***	-1.33***	-1.06***	-2.7	-4.4***	-1.9***	-2.9***
Hindistan	-0.97	-1.14***	-0.97***	-0.36***	-1.3	-3.4***	-1.6***	-2.4***
Güney Asya (Hindistan Hariç)	-0.94	-1.07	-1.25	-1.26	-1.2	-1.6	-2.1	-1.8
Sahra-altı Afrika (ASA)	-0.68	-0.22***	-0.64***	-0.05***	-1.7	-0.7***	-0.7	-0.7
Dünya	-1.42[a]	-0.88***	-0.65***	-0.74*	-2.2[a]	-2.2	-1.0***	-1.6***
Dünya (ASA Hariç)	-1.48[a]	-0.94***	-0.79***	-0.83	-2.4[a]	-2.9***	-1.6***	-2.5***
Dünya (ASA ve DAOA Hariç)	-1.84[a]	-1.16***	-0.95***	-0.98	-2.6[a]	-3.2***	-2.1***	-2.8***

Kaynak: Dünya Bankası (2007) ve Birleşmiş Milletler (2004) verileri kullanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Notlar: Doğu Asya Japonya'yı kapsamamaktadır; BÖH ve (100-DYB) değerlerinin ağırlıklandırılmamış değişim oranları ağırlıklandırılmış verilerin gösterdiği eğilimleri teyit etmektedir; yıldız işareti değişim oranının bir önceki dönemin değişim oranından farklı olmasının olasılık seviyesini gösterir: *** <0.01, ** 0.01 ile 0.05 arasında, * 0.05 ile 0 arasında; test için kullanılan "evrenin" varyansı her bir bölgedeki ülkelerin 1960-2000 arasında on yıllık aralıklarla ölçülen değişim oranlarının nüfus ile ağırlıklandırılmış varyansıdır.[a] 1958-1962 arasında Çin'de yaşanan büyük kıtlık, bu değerleri etkilemiştir ve uzun dönem eğilim değerlerinin kullanılması durumunda değerler küçülecektir. Bölgesel ortalamaların hesaplanması sırasında ülke verileri ağırlıklandırılırken BÖH için canlı doğum verisi, (100-DYB) için nüfus verisi kullanılmıştır.

[3] Doğumda yaşam beklentisi (DYB) değişkeninin yaklaşık 100 yaş etrafında üst sınırının olması ve bunun mevcut yaşam süresi beklentisi yüksek olan ülkelerde daha küçük mutlak ve göreceli kazanımlara neden olmasından dolayı, sağlığın durumunda bu değişkene dayalı değişikliklerle ilgili yargılar taraflıdır. Bu nedenle, bu bölümde erişilebilecek en yüksek yaşam süresi ile aradaki farkı ölçen (100-DYB) değişkeni kullanılmıştır. Bu tür bir ölçü, değişmez bir ölçek olma avantajına sahiptir. Bu da ölçeğin değişim hızının her bir dönemin başındaki düzeyinden bağımsız olması anlamına gelir.

AIDS'den etkilenen Afrika'nın Sahra Altı bölgesinin ve Doğu Avrupa'nın ağır hasar görmüş geçiş ekonomilerinin çıkarılması durumunda dahi geçerliliğini güçlü bir şekilde korumaktadır (Tablo 2.1).

1990'larda çok yaygın olan bu yavaşlama, muhtemelen bu on yılda yaşanan politika değişikliklerinin neden olduğu sistematik problemlerin varlığına işaret etmektedir (Tablo 2.1). En hızlı düşüşün bölgelerin çoğunda 1970'lerde değil de 1980'lerde kaydedilmesi dışında, bölgelerdeki bebek ölüm hızı (BÖH) eğilimleri birbirine yakındır. Bunun ana nedeni çocukların bağışıklama oranlarında ve diğer temel sağlık hizmetleri (TSH) göstergeleri için kapsayıcılıkta gerçekleşen hızlı yükseliştir. Buna karşılık, Ahmad ve ark. (2000) tarafından doğrulandığı üzere, BÖH değerlerinin ve beş yaş altı ölüm hızlarının (5YAÖH) azalma hızı 1990'larda hemen tüm bölgelerde keskin bir şekilde düştü. Bu küresel yavaşlamanın olası nedenleri olarak şunlar gösterilebilir; uluslararası finansmanın azalmasına bağlı olarak aşılama ve diğer anahtar sağlık programlarında yaşanan küçülme veya gereğinden önce sabitlenme (Cutler, Deaton, & Lleras-Muney, 2006); BÖH değerlerinin binde 30-40'ın altında olduğu bölgelerde gidermesi kompleks ve maliyetli olan perinatal ve neonatal problemlerle mücadelede yaşanan güçlükler; ve Afrika'nın Sahra Altı bölgesindeki küçük çocuklarda AIDS bağlantılı ölümlerin artması (Cornia & Zagonari 2002). Tüm bu etkenler, geçerli olmakla birlikte diğer bölgelerdeki BÖH eğilimlerini tümüyle açıklamak için yeterli değildir. Hanehalkı gelirlerinin artışındaki yavaşlama, gelirlerdeki dalgalanmanın artması, sağlığın finansmanındaki değişiklikler ve diğer başka etkenler de bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir.

MORTALİTE MODELLERİ VE SAĞLIĞI ETKİLEME BİÇİMLERİ

Sağlık alanındaki gelişme hızında daha önce belirtilen yavaşlamayı açıklamak için beş ana mortalite modeli kullanılabilir: maddi yoksunluk, sağlık teknolojisindeki ilerleme, akut psikososyal stres, sağlıksız yaşam tarzları ve gelir eşitsizliği, hiyerarşi ve sosyal parçalanma.

Maddi yoksunluk: Bu modele göre, maddi kaynaklarda artış veya çevre kirliliğinde azalma enfeksiyöz, paraziter, hava veya su ile yayılan ve beslenmemeyle ilişkili hastalıklara bağlı mortaliteyi azaltır. Bu kaynakların birincisi reel hanehalkı geliridir. Hanehalkı, yaşamı tehdit eden gelir dalgalanmalarına maruz kalabileceğinden, gelir seviyesinin kararlılığı da sağlığı önemli ölçüde etkileyebilir. Üçüncü olarak, kişi başına düşen gayri safi milli hasılanın (GSMH) eşitlikçi bir dağılımı, hanehalkının çoğunun temel gereksinimlerini karşılamaya yetecek kadar bir geliri kontrol edebilmesini sağlayarak sağlık durumunu iyileştirirken, bu dağılımdaki yüksek eşitsizlik değerleri yoksulların temel kaynaklara erişimini kısıtlamaktadır. Ayrıca, temel ürünlerin (örneğin gıda, ilaç) fiyatlarındaki göreceli

artışlar tüketimin azalmasına neden olarak sağlığı daha da olumsuz etkilemektedir. Çocuklar başta olmak üzere aile üyelerinin sağlık durumunun ana belirleyicilerinden biri aile üyelerinin ve özellikle annelerin eğitim düzeyidir; eğitim düzeyleri daha iyi olan ebeveynlerin tüketim tercihlerinin daha akılcı olduğu, kamu sağlık hizmetlerini daha iyi kullandığı ve sağlıkla ilgili yeni bilgileri özümsemeye daha yatkın oldukları görülmektedir. Kamu ve özel sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kalitesi de sağlık sonuçları ile yakından ilişkilidir (World Health Organization, 2006). Bununla birlikte, sağlık kaynaklarının niceliği ne olursa olsun, bu kaynakların farklı bakım düzeylerine nasıl dağıtıldığı ve finansman sağlama yöntemleri de eşit derecede önemlidir (bkz. Bölüm 8). Ayrımcılığı en az olan yaklaşım yöntemi temel sağlık hizmetlerinin halka ücretsiz sunulmasıdır. Hizmetlerin aşırı kullanımını azaltmak için düşük bir ücret uygulandığında da devam eden bu avantaj, ücretlerin kayda değer bir düzeye yükseltilmesi durumunda kaybolmaktadır. Ayrımcılığın en yükseğe çıktığı durum ise sağlık finansmanının özel kaynaklardan sağlanmasıdır; kayıt dışı sektörün büyük olduğu ekonomilerde, sağlık sigortasının etkisi geriletici yöndedir. Dışa bağımlılıkları yüksek olan ailelerin sağlık çıktılarının daha kötü olmaya eğilimli olmasının da gösterdiği gibi, sağlık çıktıları demografik etkenlere de bağlıdır. Son olarak, çevre kirliliği özellikle hava, su ve vektörler ile bulaşan hastalıklara, kirleticilere, sanayi atıklarına ve böcek ilaçlarına maruz kalan yoksul kesimlerin beklenen yaşam süresini etkilemektedir.

Sağlık teknolojisindeki ilerleme: İkinci dünya savaşından sonraki dönem boyunca, sağlık teknolojisindeki ilerleme düşük gelirli ülkelerdeki enfeksiyöz, paraziter ve bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan mortaliteyi keskin bir şekilde düşürürken (Preston, 1976), kardiyovasküler sorunların kontrolünde sağlanan tıbbi gelişmeler Birleşik Devletler'de 1960 ile 2000 arasında DYB değerinde kaydedilen yedi yıllık artışın yüzde 70'ini sağlamıştır (Cutler et al. 2006). Bu tür buluşların sağlık üzerindeki etkisi erişilebilirliklerine ve bu da dışlayıcı olmayan hizmet kanallarının varlığına bağlıdır. Sağlık teknolojisindeki ilerleme, gelişmekte olan ülkelerde aşılama, oral sıvı desteği, klinikte doğum ve içme suyuna erişimin kapsayıcılık oranı ile ifade edilebilirken, nüfusun yaşlı olduğu ülkelerde kronik ve dejeneratif hastalıkların taranma oranı ile ifade edilebilir.

Akut psikososyal stres: Kalp rahatsızlıkları, yüksek tansiyon, alkol psikozu, intihar, kazalar ve sirozdan kaynaklanan ölümlerde stres temel bir etkendir. Sosyal çalkantıların etkisindeki ülkelerde, akut strese bağlı ölümlerin nedeni yeni durumlara uyum için artan baskılar, mücadele stratejilerinin olmaması ve yetersiz kamu politikalarıdır. Epidemiyolojik araştırmalar stresin fizyolojik ve psikolojik uyarılmaya neden olduğunu ve bunun da kalp atım hızı, kan basıncı ve akışkanlığında ani değişikliklere, duygusal denge kaybına, güçsüzlük duygusuna ve

kişisel kontrol ve yaşama bağlılıkta kayba neden olduğunu göstermiştir (Marmot & Bobak, 2000). Akut stresin alkol ve uyuşturucu gibi sağlığa zararlı stres giderici lerin tüketimini artırdığı ve bunun da ruhsal dengeyi ve sosyal davranışları etkilediği kanıtlanmıştır.

Sosyal Uyum Değerlendirme Ölçeğinin (Social Readjustment Rating Scale) gösterdiği gibi, işsizlik özellikle beklenmedik bir anda yaşandığında ve buna yönelik bir kamu politikasının olmadığı ortamlarda stres kaynağı olabilir. Marmot ve Bobak (2000) işsizlerin ölüm riskinin çalışanlara göre ortalama yüzde 20 daha fazla olduğunu tahmin etmektedir. İşsizlik gelir kaybının yanısıra yetenek, bilişsel beceri, motivasyon ve kontrol duygusu kaybına da neden olmakta ve bu arada istenmeme, verimsizlik, bağımlı olma ve rolünü yitirme duygularını doğurmaktadır. İşsizlik ayrıca sosyal standartların yıpranmasına ve suç işleme oranının ve aile içi şiddetin artmasına da neden olabilmektedir. Stresin diğer kaynakları arasında kendi yükümlülüklerini yerine getirememe, sosyal hiyerarşide ani değişiklikler, dul kalma ve boşanma gibi özel hayat değişiklikleri ve üzücü bir göçün sebep olduğu başarısızlık duygusu sayılabilir.

Sağlıksız yaşam tarzları: Bu modele göre, sağlıkla ilgili bilginin yaygınlaştırılması ve kişisel davranış değişiklikleri sağlık durumunun en önemli belirleyicileridir. Kanser, amfizem, kardiyovasküler hastalıklar, siroz ve tıbbi olmayan nedenlerden kaynaklanan erken ölümlerin temel etkenlerinden biri sigaradır. Her on ölümden biri sigara kaynaklıdır ve bu ölümlerin yüzde 85'i sigarayı bırakma oranının çok düşük olduğu gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir (Ezzati et al. 2005). Tuz ve doymuş yağların aşırı tüketimi, özellikle yetersiz fiziksel egzersiz durumunda kardiyovasküler sorunların insidansını artırırken, düşük antioksidan alımı yüksek miyokard enfarktüsü riskini doğurmaktadır. Ayrıca, karaciğer sirozu, psikoz, kaza ve yaralanmalardan kaynaklanan ölümler aşırı alkol tüketimi ile yakından ilişkilidir. Uzun yıllar boyunca gelişmiş ülkelerdeki mortalite analizlerini yönlendirmek için kullanılan sağlıksız yaşam tarzları modeli, "beslenme alışkanlığındaki dönüşüm" ve "sigaranın gelişmekte olan ülkelere yayılabilirliği" üzerine yapılan yeni araştırmaların da gösterdiği gibi orta ve düşük gelirli ülkelerdeki şehirli nüfusa da uygulanabilir (bkz. Bölüm 10).

Gelir eşitsizliği, hiyerarşi ve sosyal parçalanma: Yüksek gelir eşitsizliği sosyal sınıf farklılaşmasını artırarak ve sosyal dayanışmayı yıpratarak sağlığı etkiler (Wilkinson, 1996). Sınıf farklılaşmasının yoğun olduğu toplumlarda üst düzeyde bir heterojenlik, birbirinden uzaklaşmış sosyal hedefler, sınırlı bir ortak eylem kapasitesi, kamu sağlık hizmetlerinin vergilendirilmesinin ve hizmete erişimin düşük olması, yaşam alanlarının ayrışması ve kısıtlı politik katılım özellikleri görülmektedir. Bu tür olgular gelişmiş ülkelere özgü olmayıp, Godoy ve ark.'nın (2006) on üç Bolivya köyünde yaptığı çalışmanın gösterdiği gibi yoksul

kırsal kesimlerde de gözlenebilir. Bu modele göre, yüksek gelir eşitsizliği sağlık bilgisinin yaygınlaşması, olağandışı sağlık davranışlarının ve suç eylemlerinin kontrolü ve toplumda kişiler arasındaki yardımlaşmanın geliştirilmesinde temel etken olan toplumsal birlik ve denetimi azaltmaktadır (Kawachi, Kennedy & Wilkinson, 1999). Karar yetkilerinin birkaç kişinin elinde toplandığı ve diğerlerinin işle ilgili kararlar üzerindeki kontrolünün az olduğu hiyerarşik yapıdaki iş organizasyonları bu tür streslerin dikkat çeken bir nedenidir. Bu konuda öne sürülen açıklamalardan biri, ilk olarak hayvanlarla ilgili çalışmalarda geliştirilen bir kavram olan ve kontrol edilemeyen zarar verici olaylar karşısında, kontrol (edebilmenin) önündeki engeller ortadan kalsa dahi aşikâr bir şekilde boyun eğme durumunu tanımlamak için kullanılan "öğrenilmiş çaresizlik" modelidir.

1980-2005 ARASINDA SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİNDE YAŞANAN DEĞİŞİKLİKLER

Daha önce beş mortalite modeli bağlamında tartışılan sağlığın ekonomik ve sosyal belirleyicilerinde 1985-2000 arasında yaşanan değişiklikler aşağıda gözden geçirilmiştir.

Kişi Başı Gayri Safi Milli Hasılanın artması: Bu alandaki eğilimlerin bilinilirliği oldukça yüksektir (Tablo 2.2). Öncelikle, 1980-2000 yılları arasında (küreselleşmenin güncel dönemi) dünyadaki genel büyüme önceki yirmi yıl (1960-1980) ile karşılaştırıldığında yavaşlamıştır. Büyümenin özellikle 1990'larda zayıf olmasının temel nedenleri; Avrupa, Japonya, Latin Amerika, Orta Doğu ve Kuzey Afrika (ODKA)'da yaşanan ekonomik durgunluk, 1997 mali krizinin Asya ekonomilerindeki etkisi ve geçiş dönemindeki ekonomilerde ve Sahra Altı Afrika'daki daralmadır. İkinci olarak, analiz kapsamındaki ülkelerin yüzde 32'sinde ekside veya sıfır büyüme oranları kaydedilirken, yüzde 1'in altında büyüme gerçekleştiren diğer on sekiz ülkede, diğer tüm değişkenlerin sabit kaldığı varsayımı ile, sağlığın durumu kötüleşti veya yavaş bir iyileşme gösterdi. Buna karşın, Doğu ve Güneydoğu Asya, Hindistan ve Çin'de büyüme oranları arttı. Üçüncü olarak, dünyadaki büyümenin lokomotif gücü Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nden (Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD) Asya ülkelerine geçti. Bununla birlikte bu ülkelerde yaşanan hızlı büyüme, ülkelerin başlangıç ağırlıkları düşük olduğundan OECD ülkelerindeki yavaşlamanın gölgesinde kaldı ve sonuçta küresel çapta büyüme yavaşladı. Son olarak, Asya ülkelerinde büyümenin sürmesi, Sahra Altı Afrika ve Japonya'daki ılımlı toparlanma ve geçiş dönemi ekonomisinin hüküm sürdüğü Avrupa ülkelerindeki güçlü yükselmeye bağlı olarak, kişi başı GSMH'nın büyüme hızı 2000-2005 arasındaki dönem boyunca hafif bir toparlanma yaşadı.

Tablo 2.2 Ana Bölgelere Göre Dönemlik Kişi Başı GSMH Büyüme Oranları*

	1960-1970	*1970-1980*	*1980-1990*	*1990-2000*	*1960-1980*	*1980-2000*	*2000-2005*
Yüksek Gelirli Ülkeler	4.11	2.60	2.39	1.88	3.35	2.13	1.45
Çin	1.49	4.31	7.71	9.26	2.89	8.48	8.77
Doğu Asya ve Pasifik (Çin Hariç)	2.87	4.51	3.47	3.18	3.69	3.32	3.60
Doğu Avrupa ve Orta Asya	5.0*	2.3*	2.1*	-1.03	**	**	5.07
Latin Amerika ve Karayipler	2.54	3.15	-0.89	1.68	2.85	0.39	0.94
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	**	**	0.14	1.88	**	1.01	2.15
Hindistan	1.69	0.68	3.58	3.62	1.19	3.60	5.25
Güney Asya (Hindistan Hariç)	2.60	0.40	2.82	1.93	1.50	2.38	2.52
Sahra-altı Afrika	2.31	0.76	-1.04	-0.32	1.53	-0.68	1.96
Dünya	3.25	1.83	1.38	1.41	2.54	1.39	1.53

Kaynak: Dünya Bankası (2007) verisi kullanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.
Notlar: Bölgesel toplamlarda sadece gelişmekte olan ülkeler dikkate alınmıştır (örneğin Doğu Asya değerleri Japonya'yı kapsamamaktadır); *1960-70, 1970-80, 1980-90 dönemlerini kapsayan bu değerler Cornia&Danziger'den (1997) alınmıştır; **Veri bulunamamıştır; *nüfusa göre ağırlıklandırılan ortalama yıllık birleşik büyüme oranları, on yıllık devreler bazında hesaplanmıştır.

Ekonomik istikrarsızlık: Son çeyrek yüzyıl boyunca, düşük ve yüksek gelirli ülkelerin çoğunda, makro istikrarsızlık genel olarak değişmezken (Tablo 2.3), mikro istikrarsızlık birkaç ülkede artış gösterdi. Örneğin Japonya'da 1980'lerin sonlarında sıfır olan işsizlik oranı, yaşam boyu istihdam geleneğinin terk edilmesi sonucu 2002'de yüzde 5,4'e yükseldi. Diğer birçok nedenden kaynaklanan mortalite düşerken, özellikle işsizler ve iflas etmiş yöneticilerde rastlanan intihar sayısı 1990 ile 2000 arasında yüzde 80 arttı (Lamar, 2000). Buna karşılık, orta gelirli ülkelerin çoğunda makro ve mikro istikrarsızlık yükseldi. 1980'lerin ortalarında yaşanan finansal kuralsızlaştırma ve 1990'lardaki sermaye hareketlerindeki liberalleşmeyi takip eden bankacılık, finans ve döviz krizi epidemisinin sonucu olarak küreselleşme gerçekten de kişi başına düşen GSMH'daki istikrarsızlığı artırmış görünmektedir (Tablo 2.3).

Artan istikrarsızlığın sağlık üzerindeki etkileri üzerine pek çok yayın bulunmaktadır. Guillaumont ve ark.'nın (2006) altmış sekiz gelişmekte olan ülkeyi kapsayan çalışması, kişi başı GSMH'nın yükselme oranında görülen dalgalanmadaki artışın beş yaş altındaki çocukların yaşama oranı ile ters yönde ilişkisi olduğunu göstermiştir. Makro istikrarsızlığın neden olduğu mortalite artışı ile ilgili en çarpıcı örnek eski Sovyetler Birliği'nin geçiş döneminde yaşanmıştır. Mikro istikrarsızlığın sağlık üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar sayıca daha az olmakla birlikte aynı sonuçları işaret etmektedir. Örnek olarak, Andra Pradesh'te pamuk yetiştirici-

lerinin intihar oranındaki keskin yükseliş gösterilebilir (Cornia, 2004). Bu yükseliş Temmuz 1971'de tarımda devlet desteğinin kaldırılması, girdi maliyetlerinin yükselmesi, pamuk ithalatının serbest bırakılması, dünya pamuk fiyatlarındaki artan dalgalanma ve fiyat istikrar mekanizmalarının yokluğu ile açıklanabilir.

Gelir eşitsizliği: 1980'lerin ilk yıllarından başlayarak OECD ülkelerinin çoğunda, Latin Amerika'da, geçiş ekonomisini yaşayan Avrupa ülkelerinde ve Çin'de gelir eşitsizliği artmaya başlamıştır (Tablo 2.4). Gelir eşitsizliğinin artışı Doğu Asya'nın eşitlikçi ekonomilerinde ve 1991'deki liberalleşmenin ardından Hindistan'da da gözlenmiştir. Jäntti ve Sandstrom'un (2005) çalışması analiz ettikleri yüz on beş ülkenin çoğunda eşitsizliğin arttığını gösterirken, Tablo 2.4'teki değerler de uzun vadeli eğilimlerin oluşturulabildiği seksen beş ülkeden altmışında bu artışı işaret etmektedir. Bununla birlikte, bu altmış ülkenin on birinde, (Birleşik Krallık'ta olduğu gibi) Keynezyen politikalardan liberal politikalara geçişin tamamlanmasından veya 2000'lerin başında GSMH'deki yükselişin tekrar başlamasından (geçiş ekonomisi ülkelerinin bazılarında olduğu gibi) sonra eşitsizliğin 1990'lar veya 2000'lerde hemen hemen sabitlendiği görülmektedir.

Tablo 2.3 Ülke Gruplarına Göre Kişi Başı GSMH Büyüme Oranlarının Ortalama Standart Sapması, 1960-2005

	1960-1970	*1970-981*	*1982-1990*	*1990-2005*
Düşük Gelirli Ülkeler	4.69	6.32	4.95	4.58
Orta Gelirli Ülkeler	2.77	3.48	4.44	5.62
Yüksek Gelirli Ülkeler	1.93	2.69	1.91	2.58

Kaynak: Dünya Bankası (2007) verisi kullanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.
Notlar: Yukarıdaki değerler önce her bir ülke için on yıllık dönemdeki standart sapmaların hesaplanması ve daha sonra elde edilen bu değerlerin her bir gelir grubu için ortalamalarının alınması ile hesaplanmıştır.

Tablo 2.4 1950'lerden 2000'lere 85 Gelişmiş, Gelişmekte Olan ve Geçiş Ekonomisi Ülkelerindeki Gelir Dağılımının Gini Katsayısı Eğilimleri

Eşitsizlik Eğilimi	*OECD Ülkeleri*	*Geçiş Ekonomisi Ülkeleri*	*Gelişmekte Olan Ülkeler*	*Dünya*	*% (Ülkeler)*	*% (Nüfus)*	*% (GDP-SAGP)a*
Yükselen	13	24	23	60	70	76	71
Sabit	1	1	14	16	19	19	18
Düşen	6	0	3	9	11	5	12
Toplam	20	25	40	85	100	100	100

Kaynak: Dünya Gelir Eşitsizliği Veri Tabanı (United Nations University & World Institute for Development Economics Research, 2008 – Birleşmiş Milletler Üniversitesi & Dünya Kalkınma Ekonomisi Araştırmaları Enstitüsü, 2008) kullanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.
Notlar: Bir bölgede Gini katsayısı ne kadar yüksekse gelir dağımı o kadar adaletsizdir; [a]GSMH – Satın Alma Gücü Paritesi

Enflasyon ve temel ihtiyaç maddesi ücretleri: Pek çok hükümetin düşük enflasyonu hedeflemesi nedeniyle 1980'li ve 1990'lı yılların çoğunda enflasyon oranları hemen her yerde düşüş gösterdi. Aslında son çeyrek yüzyılda, fiyatların serbest bırakılması, temel ihtiyaç maddelerinden devlet desteğinin çekilmesi ve devalüasyon gibi önlemler gıda fiyatlarında tüketici fiyat endeksine (TFE) göre daha hızlı bir yükselmeye yol açabilirdi. Bununla birlikte, tüketici fiyat endeksinin eğilimi geçiş ekonomileri dışında bu yönde bir etkinin ipucunu vermemektedir.

Vergilendirme, kamu sağlığı harcamaları ve sağlığın finansmanı: Nüfusun yaşlanması ve sağlık hizmetlerine olan talebin gelir esnekliğinin yüksek olması nedeni ile gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamaları artmıştır. Gelişmekte olan ülkelerin bu konudaki durumu ise heterojen bir özellik göstermektedir. Uygulamaya alınan istikrar politikalarına bağlı olarak bütçe açıklarının kısılması sonucunda, hükümetlerin harcama kapasiteleri toplanan vergilere daha fazla bağımlı hale geldi. Böylece, ticari liberalleşmeye bağlı olarak gümrük vergilerinin azaltılması, diğer tüm değişkenlerin sabit kaldığı varsayımı ile hükümetlerin harcama kapasitesinin düşmesine neden oldu. Buna ek olarak, gelişmekte olan ülkeler kurumlar vergisini düşürdüler ve yabancı yatırımcılar için vergi tatilleri yarattılar. Bu ve diğer değişikliklerin sonucunda, gelişmekte olan bazı ülkelerde 1970'ler ile 1980'ler arasında yüzde 1,6 oranında yükselen ortalama vergi/GSMH oranı 1980'ler ile 1990'lar arasında yüzde 1'lik bir düşüş gösterdi (Chu, Davoodi & Gupta, 2000). Bu düşüş değerleri, örneğin 1978-1990 arasında Çin'de ve 1991'den sonra Hindistan'da olduğu gibi bazı ülkelerdeki kamu sağlık harcamalarındaki azalmanın altında kalmış olabilir. Bununla birlikte, diğer ülkelerde kamu sağlık harcamaları değişmedi, hatta arttı.

Sağlığın finansmanındaki değişiklikler de sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerine erişimi etkiledi. Bu değişiklikler çoğunlukla 1980'lerin ilk yarısında yaşanan bütçe krizlerinin ardından başlatıldı ve temel olarak kamu kliniklerinde ücret alınmaya başlanması, sağlık hizmetlerinin sunumunun özel girişimcilere açılması, devlet hastanelerinin özelleştirilmesi ve özel sağlık sigortasının başlatılması sonuçlarını doğurdu. Sağlık sektöründeki bu reformlar Sahra Altı Afrika'da sağlık hizmetlerinden yararlanmayı azaltırken (Reddy & Vandermoortele, 1996), on bir Asya ülkesinde anket yolu ile yapılan bir çalışma (van Doorslaer et al., 2006) Malezya ve Endonezya dışındaki ülkelerde kamu hastanelerindeki harcamalar, ilaç bedelleri ve sigorta primleri için halkın cebinden çıkan paranın belirgin bir şekilde arttığını göstermiştir. Özel sağlık sigortasının 1994 yılında başladığı Vietnam'da, bakım talep etmeyen hastaların oranı 1993-1998 arasında yüzde 11,6 arttı (Tiberti, 2006). Çin'de 1980'ler ve 1990'larda gerçekleştirilen sağlık reformlarının sonucunda, halkın cebinden çıkan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı 1978'de yüzde 20 iken, bu oran 2003'te yüzde 56'ya yükseldi. Tıbbi bakımı güven-

ceye almanın tek seçeneği bu hizmet için halkın kendisinin ödeme yapması olurken, nüfusun büyükçe bir bölümü herhangi bir güvenceden yoksun kaldı (Aiguo, 2006).

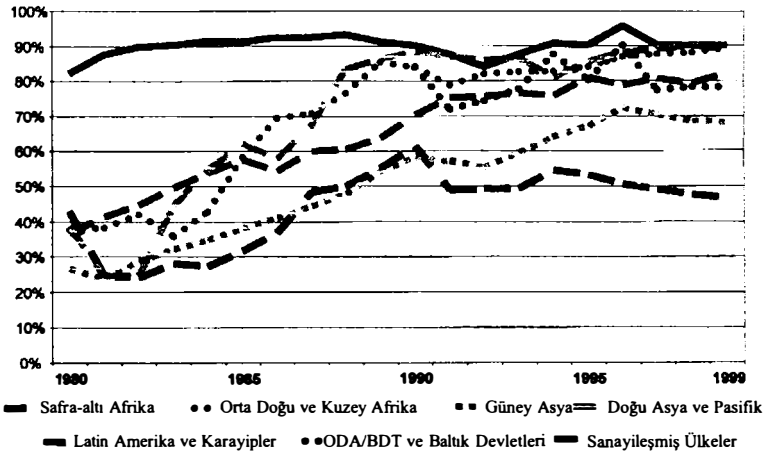
Göçler ve aile düzenleri: Dünyadaki toplam göçmen sayısı 2005 yılında 190 milyona ulaştı. Göç alan ülkelerde (OECD ve Körfez Devletleri) sağlık hizmeti sunan personelin iyileşmesi ve yaşlıların bakımının göçmenler tarafından gerçekleştirilmesi sayesinde, bu ülkelerdeki insanların sağlığının gelişmesinde göçlerin payı olabilir. İkinci olarak, göçmenler genellikle yerel halkın çalışmadığı düşük nitelikli işlerde çalışarak toplam büyümeye katkıda bulunurlar. Göçler maaşlardaki artışı ılımlı hale getirerek ekonomik rekabet gücünün korunmasını sağlar. Sağlık çalışanlarının ayrılması göç veren ülkelerde beyin göçüne neden olurken, bu göçmenlerin geride bıraktıkları ülkelere yaptıkları para aktarımları bu ülkelerdeki gıda ve ilaç tüketimini artırarak sağlıkta daha iyi sonuçlar elde edilmesine katkıda bulunmuş olabilir. Buna karşılık, hastalık yükünün ağır olduğu düşük gelirli ülkelerde, sağlık çalışanlarının sayısındaki azalma gebeliğe bağlı anne ölümleri, çocuk ve beş yaş altı ölüm oranların yüksek olması ile ilişkilendirilmekte ve bu da kaynak ülke olarak adlandırılan bu ülkelerin sağlık durumunu en iyi olasılık ile belirsiz hale getirmektedir (bkz. Bölüm 9).

Sağlık alanındaki teknik gelişme: Dünya çapındaki tıbbi gelişmelerin sağlık üzerindeki etkisini değerlendirebilmek için üç sorunun cevaplandırılması gerekir. Küreselleşme, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık problemlerine çözüm olacak yeni ilaçların üretilmesine yönelik teşvikleri artırdı mı? Ticaret ve teknoloji aktarma politikaları sağlıktaki bilgi birikiminin daha az gelişmiş olan ülkelere aktarılmasını kolaylaştırdı mı? Yerel politikalar aktarılan teknolojiye erişimi artırdı mı?

Birincisi, liberalleşmenin sağlık alanındaki buluşlarda bir hızlanma sağladığını kanıtlamak zordur. Buna karşılık, araştırmaların gelişmiş ülkelere özgü sağlık koşullarına odaklandığı açıktır. Günümüzde araştırma harcamalarının sadece yüzde 10'u gelişmekte olan ülkelerde yaygın olan ve küresel hastalık yükünün yüzde 90'ına karşılık gelen hastalıklara ayrılmaktadır.

İkinci olarak, ticari liberalizasyon gümrük vergilerini azaltarak sağlıkla ilgili bilgi birikiminin transferini olumlu yönde etkilemiştir. Aynı şekilde, verinin internet aracılığı ile daha ucuz ve hızlı transfer edilebilmesi bilginin yayılmasını hızlandırmıştır. Ayrıca patent süresinin dolması sonucu son yirmi yıl içinde yoksul ülkelerde aşı, oral sıvı desteği, besin takviyeleri, antibiyotikler, aspirin ve ilaçların yaygınlaştığı görülmektedir. Düşük maliyetli bu sağlık teknolojilerinin yaygınlaşması hem bebeklerdeki hem de genel olarak mortalitenin azaltılmasında önemli bir rol oynamıştır. Örneğin difteri, çocuk felci ve tetanoz için karma aşı (DPT) oranları 1980 ile 1990 arasında, 1990 sonrasında duraklamak veya düşmekle birlikte, keskin bir yükselme gösterdi (Şekil 2.1).

UNICEF/WHO değerlendirmesine dayanarak gözden geçirilmiş küresel kapsama tahminleri



Şekil 2.1 DPT aşı oranları, 1980-99.
Kaynak: Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) verileri kullanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.
Notlar: ODA/BDT: Orta ve Doğu Avrupa/Bağımsız Devletler Topluluğu

Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşmasının (TRIPS) yeni patent alan ilaçların ve tıp teknolojilerinin maliyetini yükseltmesi (bkz. Bölüm 11) nedeniyle kompleks ilaçların ve aralarında beta blokerler, tarama araçları, kalp üniteleri ve antiretroviral ilaçların da bulunduğu teknolojilerin transferi daha sınırlı kalmıştır. Deaton (2004, s.30) tarafından öne sürüldüğü gibi, "Zengin ülkelerdeki teknoloji ve (sağlıkla ilgili) alışkanlıkların orta gelirli ülkelerde bile benimsenmesinin önünde kesinlikle çok uzun bir yol bulunmaktadır."

Üçüncü olarak, sağlık sektöründe benimsenen serbest piyasa politikaları devlet kurumlarında hizmetlerden ücret alınmaya başlanması ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi süreçlerini başlattı: Yoksulları sağlık hizmetlerinden dışlama eğilimli olan uygulamalar yaşanmaya başladı.

Sigara, içki ve obezite: Son çeyrek yüzyılda, bu risk etkenleri gelişmekte olan ülkelerdeki halkın gittikçe artan bir yüzdesini kapsamaya başladı. Uluslararası Mortalite ve Sigara İstatistikleri (International Mortality and Smoking Statistics – IMASS) veri tabanı, OECD ülkelerindeki erkekler arasında 1960-1980 arasında yükselmiş olan sigara içme oranının bilinçlendirme kampanyaları, çeşitli alanlardaki yasaklar (ücret ayarlama politikaları, sigara reklamları ve kampanyalar da dâhil olmak üzere) ve tütün şirketlerine karşı açılan toplu davalar sonucunda düzenli olarak düştüğünü göstermektedir. Buna karşılık, Doğu Avrupa'da ve gelişmekte olan ülkelerde hem kadın hem erkekler arasındaki sigara içme alışkanlığı, kısmen doğrudan yabancı yatırımlarının (DYY) serbest bırakılmasının ulusötesi tütün şirketlerinin (UTŞ) yer değiştirmesini olanaklı kıl-

masına da bağlı olarak artmaya devam etti. Gelişmekte olan ülkelerde tüketimi düzenli bir şekilde artmakta olan yüksek derecede işlenmiş gıdalar ile tuz, şeker ve yağ açısından zengin olan içecekler şu anda toplam gıda tüketiminin yüzde 25'ine karşılık gelmektedir (Hawkes, 2005). Beslenme alışkanlıklarının yüksek kalorili ve ucuz olan bu tür gıdalar yönünde değişmesi hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde şehirli yoksullar arasındaki obezite, kolesterol, tansiyon, kalp ve şeker hastalıklarının hızla artmasına neden oldu. Son olarak, son yirmi yılda alkol tüketimi, düşük gelirli ülkeler dışında, özellikle geçiş ekonomisi ülkelerinde artış gösterdi.

Rastlantısal şoklar: Son çeyrek yüzyıl iç savaş, etnik mücadeleler ve karmaşık insani acil durumların sayısında keskin bir artışa da tanık oldu. 1980'lerin başlarında yılda yirmi beş olan sayı 1990'ların ikinci yarısında hemen hemen altmışa yükselmişti. Çatışmalar nedeniyle şiddet, açlık ve bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin sayısı arttı. Bazı örneklerde bu nedenlere bağlı ölümlerin sayısı hızlı bir şekilde kriz öncesi seviyeye gerilerken, çatışmaların salgına dönüştüğü Sahra Altı Afrika'da böyle bir düşme gerçekleşmedi. Afet Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (Centre for Research on the Epidemiology of disasters – CRED)[4] verileri bu tür çatışmalarla ilişkili kayıp sayısının Ruanda'da 200.000 – 500.000 arasında, 1994'te Angola'da 100.000, 1993'te Burundi'de 100.000, 1992'de Mozambik'te 100.000, 1993'te Liberya'da yaklaşık 50.000 ve 1993'te Sudan ve Güney Afrika'da daha az ama göz ardı edilemeyecek sayılarda olduğunu göstermektedir. Mortalitedeki artışın bir diğer nedeni de halen dünya çapında yılda 2,3 milyon kişinin ölümüne yol açan HIV-AIDS'in yayılması oldu. Bu hastalığın insidansının en yüksek olduğu Doğu ve Güney Afrika'da, 1990'ların sonlarında, yetişkinlerdeki prevalansı Tanzanya'daki yüzde 12'den Botswana'daki yüzde 35'e kadar uzanıyordu.

DOĞUMDA YAŞAM BEKLENTİSİ, BEBEK ve BEŞ YAŞ ALTI MORTALİTE İÇİN EKONOMETRİK MODELLER

Küreselleşme ve Sağlık İlişkisi Veri Tabanı (Globalization-Health Nexus Database - GHND): Daha önce tanımladığımız sağlığın belirleyicilerini mortalite göstergeleri ile ilişkilendiren bir modelin tahminlerde kullanılabilmesi için DYB, BÖH ve 5YAÖH ve bu değerlerin belirleyicilerini, Latin Amerika'da ve Doğu Avrupa'da sağlığın belirleyicilerini etkileyebilen politika göstergelerini ve rastlantısal şokları içeren bir GHND veri tabanının[5] geliştirilmesi gerekiyordu. Bu değişkenlerle ilgili veriler, 136 ülke için 1960-2005 arasındaki dönemi ve on adet beş yıllık dönemi (1960 ve onu takip eden her beş yıllık dönem), geçiş dönemindeki Avrupa ekonomileri için ise 1985-2005 arasını kapsayacak şekilde derlendi. Bütün ülkeler ve bütün dönemler için veri bulunması durumunda "beş yıllık

[4] http://www.cred.be adresinden erişilebilir.
[5] http://www.dse.unifi.it/sviluppo/database_eng.html. adresinden erişilebilir.

GHND" her bir değişken için 1.360 adet (136x10) veri puanına sahip olacaktı. Dönemin başındaki ve sonundaki eksik veriler bütün verinin mevcut olduğu ülke-yıl sayısını azaltmaktadır. Niteliksel olarak iyi bilinen bir olayı ilgilendiren bir verinin, bir veya iki yıllık bir süre için eksik olmasının tam olan veri dizilerinin sayısını azaltma tehlikesi olduğu durumlarda, eksik veriler literatürdeki bilgiler temel alınarak aradaki boşluklar tamamlanmıştır. Bu yöntemle eklenen veri puanı toplam gözlem sayısının yüzde 6'sına karşılık gelirken, DPT aşılamasında tahmin yolu ile oluşturulan veri regresyon analizinde kullanılan verinin[6] yüzde 18'ini temsil etmektedir. Öncelikle sekiz bölgeye (Sahra Altı Afrika, Güney Asya, Güneydoğu ve Doğu Asya, ODKA (Orta Doğu ve Kuzey Afrika), Latin Amerika, OECD, Doğu Avrupa ve eski SSCB) ayrılan 136 GHND ülkesi, daha sonra "düşük gelirli gelişmekte olan ülkeler" (Sahra Altı Afrika (SAA), Güney Asya ve Çin), "orta gelirli gelişmekte olan ülkeler" (Çin hariç Doğu ve Güney Doğu Asya, Latin Amerika ve ODKA), "Geçiş Ekonomisindeki Avrupa Ülkeleri" ve dördüncü bir grup olarak da "OECD Ülkeleri" başlıkları altında tekrar gruplandırıldı.

Modelin Özellikleri ve Regresyon Planı: GHND üç boyutlu bir matris olarak tasarlanmıştır: Birinci eksende 136 ülke, ikinci eksende on adet beş yıllık dönem, üçüncü eksende ise bağlı ve açıklayıcı değişkenler yer almaktadır. Bu tür bir veri setinin gerekliliklerinden biri, mortalite modellerinin tahmini için kararlaştırılan prosedürün her bir ülkenin birkaç farklı dönem boyunca gözlemlendiğini dikkate almasıdır. Bu durumda model şu şekli alır: bağlı değişken y, açıklayıcı değişkenlerin vektörü x, ülkeler ve beş yıllık dönemler sırası ile i ve t alt indisleri, her bir ülkenin hata terimi u_i, ülkeler ve zaman aralıkları için ortak hata terimi ε_{it}, tahmin edilecek parametreler ise α ve β, ile gösterilmektedir. GHND'nin doğası gereği, ülkelere özgü sabit etkilerin ihmal edilmesi nedeni ile En Küçük Kareler (EKK) prosedürü yetersiz sonuçlar verir ve α ve β, değerlerinin sapmasına neden olur (Baltagi, 2005). u_i değerinin ülkeden ülkeye değiştiği durumlara en uygun tahmin yöntemi u_i değişkeninin rastlantısal bir değişken olarak işlem görmediği sabit etki modelidir[7]. Hausman testi bu tür durumlarda en uygun modelin bu olduğunu doğrulamıştır. Modelin uyum iyiliğini (goodness of fit) ve tahminlerin sağlamlığını artırmak ve çoklu doğrudaşlık (multicollinearity) problemlerinden kaçınmak için açıklayıcı değişkenlerden bir kaçı kullanılmadı veya normale ayarlandı. Örneğin, bazı durumlarda Gini katsayısı, kişi başı GSMH ile olan ters yönlü ilişkisini ortadan kaldırmak için zamana göre standardize edildi ve bunun için 1959 yılı kullanıldı. Daha sonra, "1.000 ki-

[6] Veri tabanında yüklü aşılama ile ilgili veri bütün DPT verisinin yüzde 44'üdür fakat bu verinin sadece yüzde 18'i regresyon analizinde kullanılmıştır. Bu yüzde 18'lik kısmın kullanılmaması 1960-75 yılları için mevcut bütün verinin kullanılmaması anlamına gelirdi. Her koşulda, verinin veri tabanına eklenmesinden sonra tanımlayıcı istatistikler çok az değişiklik göstermiştir.

[7] Sabit etki modelinin tahmin sonuçları GHND panelindeki 136 ülkenin her biri için bir kesme noktası içermektedir. Bu tür kesme noktaları coğrafi konum, kurumlar ve gözlenemeyen değişkenlerden kaynaklanan ülkelere özgü etkileri yakalamaktadır.

şiye düşen doktor sayısının logaritması" Gini katsayısına veya kişi başı GSMH'nın logaritmasına bölünerek, kişi başı GSMH normu ile göreceli sağlık personeline erişebilirlik endeksi belirlendi. Üretimdeki dalgalanma, kişi başına düşen GSMH'nın her bir beş yıllık dönemin kendi içindeki standart sapmalarının arasındaki en yüksek değer ile temsil edildi. Teknik gelişmelerin sağlık üzerindeki etkisini göstermek için, DPT aşılamasının kapsayıcılığı ve 1960-80 dönemine göre 1980-2005 dönemi için bölgesel ikili zaman değişkenleri (time dummies) kullanıldı. Diğer değişkenler herhangi bir değişiklik yapılmadan modele dâhil edildi. Geçiş ekonomisi ülkelerinde son yıllarda belirgin şekilde değişen yaş bağımlılık oranı kullanılırken, bu oran kişi başı GSMH ile çok sıkı ilişkisi olduğu için diğer bölgelerde dikkate alınmamıştır.

Tahmin sonuçları: Küresel mortalite modeli. Tablo 2.5'te DYB, BMH ve 5YAMH ile ölçülen sağlık durumları arasındaki küresel ilişki ile ilgili tahmin sonuçları gösterilmektedir. Bu tablodaki parametreler analiz edilen beş mortalite modelindeki açıklayıcı değişkenlerin ve "Mortalite modelleri ve sağlığı etkileme biçimleri" başlığında tartışılan rastlantısal şokların ortalama küresel etkilerini yakalamaktadır. Farklı ülke sayısının çokluğu ve dikkate alınan sürenin uzunluğu göz önüne alındığında, bu "çok yolaklı modelin" tahminleri oldukça tutarlıdır. DYB ile ilgili regresyon sonuçları tüm 1960-2005 dönemi ve 1960-80 (küreselleşmenin ikinci altın çağı olarak adlandırılır) ve 1985-2005 (küreselleşmenin güncel dönemi) dönemleri için ayrı ayrı gösterilmiştir.

(1), (4) ve (5) nolu modeller, çok yolaklı mortalite modelinin 1960-2005 dönemine ait tahmin sonuçlarını göstermektedir. Doksan yedi ülke (136 ülkenin içinde) için teorik olarak maksimum sayısı 1.360 olan gözlemlerin 556'sına (5YAÖH için 553) dayanmasına rağmen Tablo 2.5'deki değerler tatmin edicidir. Hemen hemen tüm değişkenler beklenen işarete ve akla yatkın ve istatiksel açıdan anlamlı katsayılara sahiptir[8]. Bu modeller DYB, BÖH ve 5YAÖH değerle-

[8] Bununla birlikte, bu durum Granger testi aracılığı ile test edilen ters ilişki olasılığını dışarıda bırakmamaktadır. Yine de her bir değişkenin en iyi durumda on adet gözlem değerine sahip olduğu GHND beş yıllık veri seti için bu tür bir test uygun değildir (Hurlin & Venet, 2001). Bundan dolayı, bu problemle teorik terimlerle ilgilenmek daha uygundur. Bu bakımdan, Tablo 2.5'teki ilişkilerin çoğunda ters ilişkinin herhangi bir anlam ifade etmediğine dikkat edilmelidir. Örneğin, BÖH değerindeki bir artışın ekonomik dalgalanmayı artırabilmesi veya DYB değerindeki bir düşüşün Gini katsayısının dönemler arasındaki değişimini dört puandan daha fazla yükseltebilmesi mantıklı değildir. Ters ilişkinin mantıklı olduğu tek durum DYB değeri ile kişi başı GSMH arasındaki ilişki örneğindedir. Bu durumda da yükselmekte olan DYB (örneğin DYB'nin 5YAÖH'daki düşüşten kaynaklanan bir nedenle yükselmesi) ile artan kişi başı GSMH arasındaki ilişkide zaman farkları olduğu görülecek ve bu da eş zamanlı veride bir ters ilişki olasılığını dışarıda bırakacaktır. Veri yetersizliği nedeni ile dışarıda bırakılan ve "Mortalite modelleri ve sağlığı etkileme biçimleri" bölümünde değerlendirilen, "sağlık harcamaları için halkın cepten harcamaları ve sağlık sigortası harcamaları gibi" değişkenlerin regresyon analizlerinde göz ardı edilmesinden kaynaklanan tahmin yanılgıları da parametreleri etkilemektedir. Ayrıca, politika ile ilgili değişkenlerin ve bağımlı değişkenlerin eş zamanlı olarak etkilediği bazı açıklayıcı değişkenlerin olası içselliği de parametrelerin sapmasına neden olabilir. Bununla birlikte, 136 ülkenin verisinin olduğu bir ortamda bu içsellik problemini bir eş zamanlı denklemler sistemi ile çözmek güç bir iştir. Ayrıca, daha önce söz konusu edilen olası istisna dışında, ekonomik teorinin DYB'nin günümüzde açıklayıcı değişkenler için ana belirleyicilerden biri olduğunu öne sürmediği düşünülürse bu tür bir problemin daha az ciddi olduğu görülebilir.

rindeki (DYB değerlerinde OECD ülkelerindeki 0,74 yıldan Güney Asya ve ODKA ülkelerindeki 3,4 yıla kadar uzanan) kazanımların önemli bir kısmının 1985-2000 döneminde sağlıkta yaşanan teknik gelişmelerin sonucu olduğunu göstermektedir. Bu değişken için geçiş ekonomilerinde görülen eksi değer doğrudur ve 1990'lar boyunca sosyalist sağlık sisteminde yaşanan çöküşün sonucudur. Bununla birlikte, geçiş ekonomisi ülkelerinde 1990'dan sonra yaşanan kurumsal şoka benzer şekilde, açıklanmayan etkileri yakalamak için, "sağlıktaki teknik gelişmeler" ikili zaman değişkeni tarafından temsil edilmektedir. Teknik gelişmelerin sağlıktaki etkisini yakalamak için DPT aşılama katsayısının istatiksel açıdan yüksek derecede anlamlı olan değeri de kullanılmıştır.

Kişi başına düşen GSMH'nın logaritması da hem 1960-2005 dönemi hem de bu tarih aralığını oluşturan iki alt dönem için oldukça belirgindir. Aynısı DYB, BÖH ve 5YAÖH'yi ters yönde etkileyen kişi başı GSMH'daki dalgalanma için de geçerlidir. Gelir eşitsizliği, sonuç olarak, sağlığın üç göstergesinin tümünü son derece ve istatiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilemektedir. Gelir eşitsizliğinde beş yıllık bir dönemde yaşanan ve 4 Gini puanından daha büyük olan artışlar DYB modellerinde oldukça belirleyici iken, BÖH ve 5YAÖH modellerinde düşük öneme sahiptir. Örneğin, Gini katsayısında beş yıllık bir dönemden diğerine yaşanan on puanlık bir yükseliş DYB değerini bir yıl azaltmakta ve bu da önceki çalışmaların sonucunu desteklemektedir. Kadınların okur yazar olmaması beş modelin tümünde oldukça belirleyici bir öneme sahiptir ve bu değişkendeki on puanlık bir düşüş 5YAÖH değerini 8,2 puan azaltmaktadır. 1.000/Gini başına düşen doktor sayısının logaritması ile ölçülen sağlık hizmetlerine erişebilirlik değerinin 1960-80 döneminde zayıf bir etkisi bulunmaktadır, ancak sağlık hizmetine erişebilirlik bu dönemin dışında beş modelde de önemli bir yere sahiptir. Ayrıca, aşırı alkol tüketimi gibi sağlığa zararlı davranışlar hem DYB değerini hem de şaşırtıcı bir şekilde BÖH değerini etkilemektedir. Son olarak model, yerleşik halkın yüzde 3,5'undan daha yüksek bir göçmen oranının göç alan ülkelerin DYB değerlerinde, küçük de olsa olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Rastlantısal şoklar açısından bakıldığında ise, HIV-AIDS'in sağlığa etkisinin büyük ve önemli olduğu görülebilir. HIV prevalansındaki 30 puanlık bir yükseliş, DYB değerinin şoke edecek bir şekilde 25 yıl azalmasına (Botswana'da gözlendiği gibi) ve çocuk mortalitesinin 52 puan yükselmesine neden olmaktadır. Bunun aksine, afetler, savaşlar ve insani acil durumların etkisi istatiksel olarak anlamlı değildir ve sıklıkla ters yöndedir (yani beklenen işaret değildir). Bunun nedeni görülme sıklıklarının düşük olması veya GHND veri tabanında bu değişken için yapılan tahminlerde elde edilen yaklaşık sonuçların zayıflığıdır.

BÖLGESEL SONUÇLAR

Tablo 2.5'te tanımlanan mortalite modelleri yüksek, orta ve düşük gelirli ülkelerin her biri ve geçiş ekonomileri için ayrı ayrı doğrulanmıştır. Belli bölgelerde mortaliteyi etkilemeyen değişkenler (örneğin gelişmiş ülkeler için gıdanın göreceli fiyatı, savaşlar ve afetler) dışarıda bırakılmıştır. Bu arada bazı değişkenlerin (örn. göçmen sayısı) işaretinin bölgeden bölgeye değişmesi ve kişi başına düşen GSMH'nın logaritması parametrelerine ait işaretlerin yüksek gelir gruplarında küçük veya istatiksel açıdan anlamlı olmaması beklenmektedir. Ayrıca, kadınların eğitimini temsil etmek için düşük gelirli ülkelerde ilk eğitimini bitiren kadınların yüzdesi, yüksek gelirli ülkelerde ve geçiş dönemi ülkelerinde lise sonrası eğitimi tamamlayan kadınların yüzdesi ve orta gelirli ülkelerde okuryazar olmayan kadınların yüzdesi kullanıldı. Yüksek gelir gruplarında sigara içme alışkanlığı örneğinde olduğu gibi, bölgesel değişkenler kullanılabilir durumda ise modele eklenirken, bir bölge için herhangi bir gözlemin olmaması veya gözlem sayısının çok az olması durumunda ilgili değişkenler dikkate alınmadı. Son olarak, bölgesel modellerin tahminleri 556 gözlemden oluşan kümenin dört alt kümeye bölünmesini gerektirmekte ve bu da tanım gereği, özellikle verinin az olduğu bölgelerde parametrelerin anlamlılık derecesinde kayba neden olmaktadır. Bu durum özellikle, modelin test edilmesi için yeterli miktarda beş yıllık verinin olmaması nedeni ile 1980-2005 dönemi için yıllık verinin kullanıldığı geçiş ülkelerinde geçerlidir.

Yüksek gelirli ülkelerle ilgili sonuçlar (130 gözlem) tatmin edicidir (Tablo 2.6). DYB için kullanılan on değişkenden biri (log 1,000 kişiye düşen doktor sayısı /log kişi başı GSMH) dışında tümünün işareti doğru yönlüdür ve değer üzerinde belirgin bir şekilde etkilidir. Sigara ve içki, DYB değerini anlamlı ölçüde düşürürken, göç DYB üzerinde az da olsa olumlu bir etkiye sahiptir. Preston eğrisinin de öngördüğü gibi, kişi başı GSMH tek başına dikkate alındığında anlamlı değilken, dalgalanması ile birlikte dikkate alındığında etkisi anlamlıdır. Benzer şekilde, Gini katsayısında 4'ten daha büyük olan artışlar bu olguya bölgede nadiren rastlandığından anlamlı değildir. Diğer tüm değişkenlerin işaretleri doğru yönlüdür ve parametreleri akla yatkındır. BÖH ve 5YAÖH değerlerine bakıldığında ise, değişkenlerin yarısının istatiksel açıdan anlamlı ve işaretlerinin doğru yönlü olduğu, stres ve kaynakları ölçen değişkenlerin (log GSMH/dalgalanma, gelir eşitsizliği ve eşitsizlikteki ani değişiklikler) ise beklendiği gibi anlamlı olmayan işaretlere sahip olduğu görülmektedir. Beklendiği gibi, sigara ve göçmen sayısı da önemli olmayıp, çocukların yaşamda kalmasını anlamlı derecede etkilemez.

On iki değişkenin tümünün (savaş ve afetler dâhil olmak üzere) beklenen işarete sahip olması ve Doğu Asya'da Gini farkının 4'ten büyük olması (Δ Gini>4),

Tablo 2.5 1960-2005 Dönemi için Dünya Çapında DYB[a], BÖH ve 5YAÖH Regresyon Analizi Sonuçları

	DYB			*BMO*	*5YAMO*
	1960-2005	*1960-1980*	*1980-2005*	*1960-2005*	*1960-2005*
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
SabitTerim	38.966***	52.707***	39.673***	165.088***	254.926***
İkili Değişken Teknik prog. 1980-05 OECD	0.792*	....	....	3,818	8.297**ws
İkili Değişken Teknik prog. 1980-05 D.Asya	1.362**			1,192	1,051
İkili Değişken Teknik prog. 1980-05 Geçiş Eko.	-2.461***			-3,064	1.2714
Ikili Değişken Teknik prog. 1980-05 Latin Amerika Ülkeleri	3.311***			-21.126***	-31.583***
İkili Değişken Teknik prog. 1980-05 ODKA	3.432***			-44.478***	-56.951***
İkili Değişken Teknik prog. 1980-05 G.Asya	3.397***			-8.411**	-25.279***
İkili Değişken Teknik prog. 1980-05 ASA	2.438**			-12.971***	-18.3312***
Log Kişi Başı GSMH	3.203***	2.307***	3.148***	-14.19***	-21.75***
Kişi başı GSMH'daki dalgalanma	-.0009**	-.0007	-.0008*	.0042*	.0093***
Gini gelir dağılımı	-0.057**	-.1058**	-.0498***	.3215***	.4424**
(ΔGini katsayısı) > 4 puan	-.0423*-	-.0645	-.0398	.0861	.2821
Kadınların okur yazar olmama %'si	-.098***	-.2763***	-.0427*	.5779***	.9464***
Log 1000 kişiye düşen doktor / Gini	36.89***	7.305	55.392*-	-90.98*-	-158.69*
DPT bağışıklama oranı %	.0861***	.1425***	.0828***	-.3631***	-.6155***
Göçmen sayısı / Toplam nüfus	.0026***	.0040***	.0042*-	-.0007	-.0042
Kişi başı alkol tüketimi	-.2536***	-.4074***	-.2702***	.4841*	.3820
Savaş ve acil insanlık durumları	14.95**ws	-24.420	13.56*-		
ws	-15.63	-4.332			
Afetler	.2864	.4415	.2106	2.6132*	3.2774*-
HIV/AIDS	-.8495***	-2.099***	-.7737***	1.1505***	1.8334***
F değeri	126.89***	56.45***	77.02***	113.39***	113.64***
R kare	.897	.847	.890	.820	.845
Gözlem sayısı	*556*	*234*	*385*	*556*	*553*
Ulke sayısı	*97*	*65*	*97*	*97*	*97*

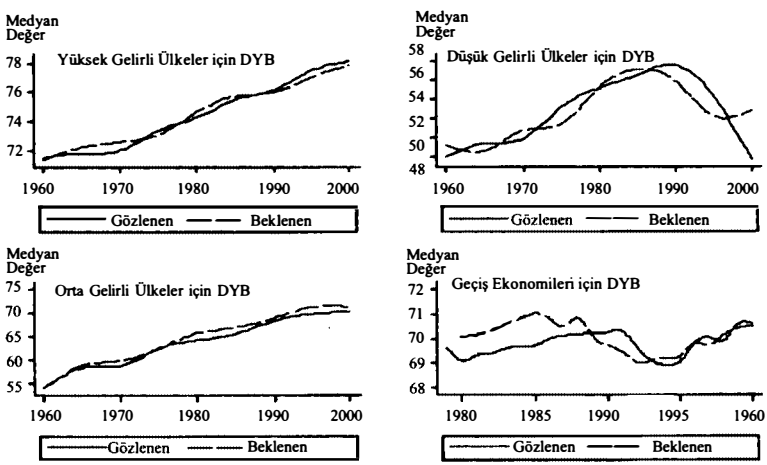
Kaynak: GHND verisi kullanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Notlar: *** %1 seviyesinde anlamlı; ** %1-5 seviyesinde anlamlı; * %5-10 seviyesinde anlamlı; *- %10-15 seviyesinde anlamlı; ws=ters işaret; [a]/ (Tablo2.1'de kullanılan 100-DYB yerine) DYB değerinin kullanımı sonuçları etkilememiştir, çünkü regresyon modellerinde bağımlı değişkenin her doğrusal dönüşümü parametrelerin işaretini değiştirmekle birlikte, değerini değiştirmez.

GSMH dalgalanması, afetler, savaşlar ve tıbbi gelişmeler dışında yüksek derecede anlamlı olması nedeni ile orta gelirli ülkelerde de (218 gözlem) mortalite modelinin geçerliliği aynı derecede tatmin edicidir. BÖH ve 5YAÖH için de benzer sonuçlar elde edilmiştir. İlginç bir şekilde, "göçmen sayısı" arttığında BÖH ve 5YAÖH'nin ikisi de yükselmekte ve bu durum ilgili parametreler zayıf veya anlamlı olmasa da muhtemelen bir çeşit beyin göçü etkisini işaret etmektedir.

İstatistiksel olarak anlamlı olmayan alkol tüketimi, afetler ve savaşlar dışındaki tüm değişkenlerin beklenen işarete sahip olması ve "Δ Gini>4" dışındaki tüm değişkenlerin istatistiksel açıdan anlamlı olması düşük gelirli ülkeler (125 gözlem) için DYB modelinin sonuçlarının tatmin edici olduğunu göstermekte (Tablo 2.7) ve bu durum küresel modele dayanılarak ulaşılan sonuçları doğrulamaktadır. Log kişi başı GSMH, Gini, DPT ve diğer parametrelerin küresel modelde veya orta gelirli ülkelerin modelinde olduğundan daha büyük olması, bu değişkenlerdeki değişikliklerin sağlık üzerindeki etkisinin yoksul ülkelerde zengin ülkelere göre daha yüksek olduğu yönündeki teorik beklentiyi doğrulamaktadır.

Son olarak, tahminlerin 1980-2005 arasındaki yıllık veri üzerinden yapılması ve DPT aşılaması, göç, alkol tüketimi, savaş ve afetlerle ilgili verinin olmaması nedeni ile geçiş ekonomisi ülkeleri için yapılan tahminler diğer üç bölge ile karşılaştırıldığında daha dar kapsamlıdır. Buna rağmen, bir takım temel etkiler bu durumda da doğru olarak tahmin edilmiştir: DYB modeli (Tablo 2.7), tıbbi gelişmedeki gerileme, dalgalanma, kişi başı GSMH, büyük Gini artışları, kadın-



Şekil 2.2 Dört alt bölgede DYB için gözlenen (kesintisiz çizgi) ve tahmin edilen (noktalı çizgi) ortalama değerlerin eğilimi

Kaynak: Yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Tablo 2.6 Yüksek ve Orta Gelirli Ülkeler için DYB, BÖH, 5YAÖH Değerlerinin Regresyon Analizi Sonuçları (Beş Yıllık Dönemlerin Verisi, 1960-2005)

	Yüksek gelirli ülkeler			*Orta gelirli ülkeler*		
	DYB	BMO	*5YAMO*	*DYB*	BMO	*5YAMO*
	1960-2005	*1960-2005*	*1960-05*	*1960-05*	*1960-05*	*1960-05*
Sabit Terim	94.43***	2.5942*-	-5.4486	38.56***	158.22***	208.53***
Kukla tıp prog. 1980-05 OECD	1.06***	-3.9686***	-5.1890***			
Kukla tıp prog. 1980-05 D. Asya				0.6603	9.19**ws	12.49*-ws
Kukla tıp prog. 1980-05 L.Amerika				1.8315***	-13.40***	-19.07***
Kukla tıp prog. 1980-05 ODKA				1.2796*	-22.96***	-34.55***
Log kişi başı GSMH	.....	.....		2.5239***	-13.31***	-18.37***
Log kişi başı GSMH / değişkenlik	74.78***	-30.22	-102.16			
Kişi başı GSMH'daki dalgalanma	.....	.....	-.00003	.0071	.0169*	
Gini gelir dağılımı	-.0482*	.3415***	.5013***			
Gini gelir dağılımı / t	.....	.....		-.0679***	.2534***	.4695***
Δ Gini katsayısı > 4 puan	.1002	-.5582	-.7957	-.0456	.1780	.6743*-
Lise sonrası eğitimi tamamlayan 25 yaşından büyük kadınlar (%)	.2888***	-.7689***	-.9792***	.....	.....	.....
Kadınların okur yazar olmaması	.....	.....		-.1918***	1.1433***	1.7979***
1000/Log kişi başı GSMH başına log doktor sayısı	-28.9***ws	20.80	36.57	11.2796***	-14.75	-31.33
DPT bağışıklama oranı (%)	.0775***	-.1969***	-.2514***	.0701***	-.3296***	-.5999***
Göçmen sayısı / Nüfus	.0017***	.0029*	.0027	.0035*-	.0099	.0128
Kişi başı alkol tüketimi	-.2582***	.4301**	.5003***	-.4350***	1.4932***	1.7121**
Sigara	-.0544***	-0.0210	-.0306	Veri yok	Veri yok	Veri yok
Savaş ve acil insani durumlar	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı	-10.3808	94.22	136.06
Afetler	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı	-.2075	1.6205	1.3079
HİV/AİDS	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı
F değeri	69.81***	40.97***	40.85***	185.63***	115.03***	127.17***
R kare	.287	.509	.513	.837	.684	.721
Gözlem sayısı	130	130	130	212	212	212
Ülke sayısı	22	22	22	34	34	34

Kaynak: Yazarlar tarafından hazırlanmıştır.
Notlar: ws=hatalı işaret (wrong sign)

Tablo 2.7 Düşük Gelirli Ülkeler (1960-2005 için beş yıllık dönemlerin verisi) ve Geçiş Ekonomisi Ülkeleri (1980-2005 için Yıllık veri) için DYB, BÖH, 5YAÖH Değerlerinin Regresyon Analizi Sonuçları

	Düşük gelirli ülkeler			*Geçiş ekonomisi ülkeleri*		
	DYB	BMO	*5YAMO*	*DYB*	BMO	*5YAMO*
SabitTerim	22.10**	158.73***	291.25***	54.37***	80.29***	67.92***
Kukla teknoloji prog. 80-05	3.041***	-19.06***	-33.58***	.....	.....	.....
Kukla geçiş 90-05	.....	.....	.....	-.15139	-1.128**	-.9778*-
Log kişi başı GSMH	3.6640***	-7.8231*	-18.91**	1.6664**	-2.9997**	-2.2838
Kişi başı GSMH'daki dalgalanma	-.0064*	.0065	.0396*-	-.0012***	0.0007*-	.0009*-
Gini gelir dağılımı	-.2032***	.8179***	1.5343***	-.0062	-.2843***ws	-.3061***ws
Δ Gini katsayısı > 4 puan	.0641	-.2959	-.7060	-.1421**	.3840***	.7762***
Orta öğretime kayıt yüzdesi	.....	.....	.....	.0346***	-.0761***	-.0504***
İlk eğitimi tamamlayan kadınların yüzdesi	.1913**	-.6223*	-1.0926*			
Log doktor sayısı * 1000 kişi / Log kişi başı GSMH	14.2350**	-14.48	-24.7722	8.6528**	-36.66***	-32.9712***
DPT bağışıklama oranı (%)	.1147***	-.5339***	-.8950***			
Göçmen sayısı / Nüfus	-.0276**	.0030	.0818	.....	.....	.....
Yaşa bağlı bağımlılık oranı	.....	.....	.....	-15.2211***	45.395***	59.2501***
Kişi başı alkol tüketimi	-.0240	-.2135	-1.4582	Veri yok	Veri yok	Veri yok
Savaş	26.66	-198.94	-291.25	Veri yok	Veri yok	Veri yok
Afetler	.0246	4.7663**	7.353*	Veri yok	Veri yok	Veri yok
HİV/AİDS	-.7208***	.6006***	.9750***	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı	Gözlem yapılmadı
F değeri	32.21***	32.60***	27.49***	28.95***	43.66***	45.36***
R kare	.743	.661	.613	.170	.586	.605
Gözlem sayısı	123	123	114	325	316	316
Ülke sayısı	23	23	22	24	24	24

Kaynak: Yazarlar tarafından hazırlanmıştır.
Notlar: 1960 ve 2005 yılları için veri kapsamı dardır; ws=hatalı işaret (wrong sign)

ların eğitimi, doktor varlığı ve (1990'larda bölgede yaşanan demografik çöküşün etkisini gösteren) bağımlılık oranı ile ilişkili olan etkileri yakalamaktadır. İstatiksel açıdan önemsiz olan gelir dağılımına dair Gini değeri, bu değerdeki değişikliklerin dört puandan yüksek olması durumunda önem kazanmaktadır. Benzer sonuçların elde edildiği BÖH ve 5YAÖH modellerinde ise gelir dağılımına dair Gini değerinin işareti ters yönlüdür ve log GSMH önemsizdir.

Göreceli olarak referans dönemler ve bölgesel gruplar için DYB tahminleri (noktalı çizgi) ile gözlem değerleri (kesintisiz çizgi) arasındaki uyumun iyiliğini gösteren Şekil 2.2, Tablo 2.7 ve 2.8'de yer alan tahminlerin oldukça başarılı olduğunu doğrulamaktadır.

KÜRESELLEŞME VE ŞOKLARA BAĞLI DYB DEĞİŞİKLİKLERİ İÇİN SİMÜLASYON

Yukarıda sözü edilen modeller, sağlığın politik belirleyicileri (kişi başı GSMH'nın artması, eşitsizlik, istikrarsızlık ve sağlık hizmet sunumu), rastlantısal şoklar (HIV-AIDS, savaşlar ve afetler) ve tıbbi gelişmede gözlenen değişikliklerin 2000 yılındaki DYB değerlerinin, bütün DYB belirleyicilerinin 1960-80 arasındaki eğilimi takip ettiğinin varsayıldığı bir karşıolgusal senaryo ile ulaşılacak DYB değerlerine eşit veya o değerlerden daha yüksek veya daha düşük olmasına yol açıp açmadığını belirleyebilmek için kullanılabilir. Bunun yolu, önce her bir değişkeni 1960-80 arasındaki eğilimi aynen ileriye taşıyarak veya 1980 değerini sabit tutarak elde edilecek bir 2000 yılı değeri ile sabitlemek ve daha sonra, bu karşıolgusal değerleri ve Tablo 2.7 ve 2.8'deki modelleri temel alarak simülasyon yapmaktır. Bu karşıolgusal senaryodaki varsayımlar aşağıdaki gibidir:

1) Log kişi başı GSMH*Gini, log 1.000 kişiye düşen doktor sayısı / log kişi başı GSMH ve göçmen sayısı 1985-2005 arasında, 1960-80 arasındaki eğilimlere göre artmıştır.

2) DPT aşılama oranı, kadınların okur yazar olmaması (veya ilk veya orta öğrenimli olmaları) ve alkol tüketimi 1960-90 dönemindeki eğilime göre artmıştır.

3) GSMH'daki dalgalanma, gelir dağılımının Gini endeksi, yaş bağımlılık oranı ve sigara içiciliği 1980 veya 1985'deki düzeyinde kalmıştır. Sonuç olarak, Gini'deki değişiklik sıfırdır.

4) Sağlık teknolojilerinde 1985 ile 2005 arasında herhangi bir gelişme olmamıştır.

5) HIV-AIDS'in görülüş oranı 1980'deki düzeyinde kalmıştır ve herhangi bir savaş ve afet olmamıştır.

Her bir bölge için, 2000 için simüle edilen DYB değerleri (DYB^{S}_{i}), açıklayıcı değişkenlerin 2000 yılı için simüle edilen değerlerinin 2.7 ve 2.8 numaralı tab-

lolardaki denklemlerin (1) parametreleri ile çarpımlarının toplamına eşittir. [9]

2000 için gözlenen DYB değerleri (DYB^{O}_{i}), açıklayıcı değişkenlerin 2000 yılında gözlenen değerlerinin Tablo 2.7 ve 2.8'deki denklemlerin (1) parametreleri ile çarpımlarının toplamına eşittir.[10]

Böylece, her bir bölgede DYB^{O}_{i} ve DYB^{S}_{i} arasındaki fark, her bir açıklayıcı değişkenin gözlenen ve simüle edilen değerleri arasındaki farkların toplamının Tablo 2.7 ve 2.8'deki denklemlerin α_1, α_2 vs. parametreleri ile çarpımı olarak hesaplanabilir duruma gelir.[11]

Bu yolla, Tablo 2.8'deki her bir ülke veya bölge için, 2000 yılı DYB değerinde, küreselleşmenin sağlığın belirleyicileri üzerindeki etkisinden, içsel değişikliklerden ve rastlantısal şoklardan kaynaklanan artış (+) veya düşüşleri (-) değişken bazında ve her şeyin aynı kaldığı karşıolgusal senaryo ile karşılaştırarak hesaplamak mümündür. DYB değerinin dünyadaki değişimi, bölgesel DYB değişikliklerinin nüfus ile ağırlıklandırılmasıyla elde edilmiştir. Küresel seviyede, küreselleşme politikalarına bağlı olarak değişkenlerde meydana gelen değişikliklerin çeşitli dengeleyici etkenlerin sonucu olarak DYB değerini 1,52 yıl azalttığı görülmektedir. Karşıolgusal senaryodakinden daha yüksek bir gelir eşitsizliği DYB'yi 0,77 yıl azaltmaktadır. Çin, Hindistan ve Güney Asya'nın geri kalan kısmında kişi başı GSMH'da senaryodakinden daha hızlı bir artış DYB'yi 0,73 yıl artırarak bu azalmayı karşılamaktadır. Buna karşılık bölgelerin çoğunda, 1960-1980 döneminde yaşanan GSMH artışından daha düşük bir artış oranı DYB'nin azalmasında pay sahibi olmuştur. Kişi başı GSMH'nın dalgalanmasındaki yükselme bölgelerin çoğunda DYB değerini azaltırken, gelir eşitsizliğinde dönem içinde yaşanan büyük yükselişler 0,08 yıllık bir kayba neden olmaktadır. 1.000 kişiye düşen doktor sayısında 1980'ler ve 90'larda yaşanan ve senaryoya göre daha düşük kalan yükselme DYB değerinde küresel olarak 0,51 yıllık kayba neden olmaktadır. Kadınların okuryazar olmamasının, küresel DYB değeri üzerindeki etkisinin küçük olduğu gözlenirken, sağlık davranışlarındaki iyileşmelerin

---

[9] $DYB^{S}_{i}=\alpha_0+\alpha_1$ İkili Sağlık $Progr^{S}(=0) + \alpha_2$ Log Kişi başı $GSMH^{S*}$ Gini $- \alpha_3$ GSMH'daki dalgalanma^{S}- α_4 Gini ^{S}- α_5 $\Delta Gini>4^{S}$- α_6 Kadınların okuryazar olmaması $^{S} + \alpha_7$ Log 1000 kişiye düşen doktor sayısı / Log Kişi başı $GSMH^{S} + \alpha_8$ $DPT^{S} + \alpha_9$ Göçmen $Sayısı^{S}$ - α_{10} Kişi başı alkol tüketimi^{S} - $\alpha_{11}AIDS^{S}$

[10] $DYB^{0}_{i} = \alpha_0 + \alpha_1$ İkili Sağlık Progr° (=1) $+ \alpha_2$ Log Kişi başı GSMH°*Gini - α_3 GSMH'daki dalgalanma° - α_4 Gini° - $\alpha_5\Delta Gini>5°$ - α_6 Kadınların okuryazar olmaması° + α_7 Log 1000 kişiye düşen doktor sayısı/Log Kişi başı GSMH° + α_8 DPT° + α_9Göçmen sayısı° - α_{10}Kişi başı alkol tüketimi° - α_{11}AIDS°

[11] $DYB°_DYB^{S}= \alpha_1$[İkili Sağlık Progr°(=1)- İkili Sağlık $Progr^{S}(=0)$] + α_2[Log Kişi başı GSMH°*Gini-Log Kişi başı GSMH^{S}*Gini] - α_3[GSMH'daki dalgalanma° –GSMH'daki dalgalanma^{S}] - α_4[Gini°-Gini^{S}]- α_5[ΔGini>5° - ΔGini>5^{S}] - α_6[Kadınların okuryazar olmaması° - Kadınların okuryazar olmaması^{S}] + α_7[Log 1000 kişiye düşen doktor sayısı/Log Kişi başı GSMH° - Log 1000 kişiye düşen doktor sayısı/Log Kişi başı GSMH^{S}] + α_8 [DPT° - DPT^{S}] + α_9 [Göçmen sayısı° - Göçmen sayısı^{S}] - α_{10}[Kişi başı alkol tüketimi° - Kişi başı alkol tüketimi^{S}] - α_{11}[AIDS°-AIDS^{S}]

(OECD ülkelerinde alkol ve sigara tüketimi) ve göçmen sayısının geçmişte yaşanandan daha hızlı yükselmesinin yine küçük, fakat anlamlı etkisi olduğu görülmektedir. Politika kaynaklı DYB değerindeki bu değişikliklere, tıp teknolojisindeki ve geçiş ekonomilerinde başkalarına bağımlılık oranındaki ilerlemelerden kaynaklanan değişiklikleri eklemek ve bu değişikliklerden AIDS, savaş ve afetlerden kaynaklanan değişiklikleri çıkarmak gerekir. İlginç bir şekilde, tıptaki gelişmelerden kaynaklanan artışların, politika değişiklikleri ve şoklardan kaynaklanan kayıpları küresel seviyede yok ettiği görülmektedir. Bu durum, sağlık teknolojileri transferlerinin daha tatmin edici olması durumunda, bu kazanç düzeyinin ne olacağı konusunda merak uyandırmaktadır. Bu simülasyonun verdiği rahatsız edici bir mesaj ise 1990'dan sonra DPT aşılama oranında gözlenen duraklama veya düşmenin, DYB değerinde Cutler ve ark.'nın çalışmasında (2006) belirtildiği gibi 0,47 yıllık bir azalmaya neden olmasıdır. Son olarak, savaş ve afetlerin sağlığı farkedilebilir ölçüde etkilemediği görülmekle birlikte, bu durum veri ve tanımlama problemlerinden kaynaklamış olabilir.

Beklendiği gibi, politika kaynaklı değişikliklerden en çok zarar görenlerin Sahra Altı Afrika ve geçiş sürecindeki iki bölge olduğunu gösteren bu simülasyonun daha az beklenen sonuçları da ortaya çıkmaktadır. Kazançlı ülkeler arasında OECD ülkeleri ve Çin dışındaki Doğu Asya ülkeleri yer almaktadır. Artan eşitsizlik, ani ve büyük eşitsizlik artışları ve kişi başı GSMH'da yavaşlamaya bağlı olarak meydana gelen DYB'deki kayıp, tıp personelindeki artış, alkol tüketiminin azalması ve kadınların okuma yazma bilmeme sorununun eradike edilmesi ile dengelenmiştir. Geçmişe kıyasla doktor ve göçmen sayısında ve özellikle kadınların eğitim oranındaki hızlı artış, ODKA ülkelerinde sürpriz bir şekilde politika kaynaklı DYB artışlarına neden olmuştur. İlginç bir şekilde, "büyümede yıldız" olarak değerlendirilen Çin ve Hindistan DYB'de politika kaynaklı bir kayıp yaşadılar. Bunun nedeni ise, karşıolgusal senaryodakinden daha hızlı bir kişi başı GSMH artışı sağlamalarına rağmen, bu artışın etkisinin eşitsizlikte ve dalgalanmada görülen artış, kadınlar arasında okuma yazma bilmeyenlerin oranını azaltmadaki performans düşüklüğü, artan alkol tüketimi, doktora erişebilirliğin azalması ve DPT aşılamasındaki duraklama ile dengelenmesi sonucunda yaşanan kayıptır. Hem Çin hem de Hindistan sağlık alanındaki teknik gelişmelerin sağladığı DYB kazanımlarının ekonomik değişikliklerden kaynaklanan DYB kayıplarını dengelemesi ile, sonuçta, senaryodakinden daha iyi bir duruma ulaştılar.

Bir kaç yöntembilimsel problem aslında mantıklı olan bu sonuçları zayıflatmaktadır. Öncelikle, AIDS, savaşlar, afetler ve sağlık teknolojilerinde ve bağımlılık oranlarındaki değişikliklerden kaynaklananlar dışındaki tüm DYB değişiklikleri küreselleşme politikalarının büyüme, eşitsizlik, dalgalanma, aşılama vb. üzerindeki etkisine bağlanırken, diğer etkenlerin de (örn. kurumlar ve dış finans-

man) bu değişkenlerdeki değişikliklerden kısmen sorumlu olabileceği göz ardı edilmektedir. Bu problem bundan sonraki bölümde kısmen ele alınacaktır. İkinci olarak, beslenme biçimi ve sigara gibi önemli sağlık belirleyicileri veri eksikliği nedeni ile modele dâhil edilememiştir. Üçüncü olarak ise, sağlık alanındaki teknik gelişmeler, aynı zamanda DYB'nin modelde dikkate alınmayan değişkenlerce açıklanan kısmını da yakalayan bir ikili dönem değişkeni tarafından temsil edilmektedir. Yine de, analizin kapsadığı değişken sayısı yeterince yüksek olduğu için bu ifade çok da geçerli olmayabilir.

POLİTİKA DEĞİŞİKLİKLERİNİN SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Bu bölümde, söz konusu ülkelere özgü ekonomik ve sosyal özellikler dikkate alınmadan ve zamanından önce benimsenen küreselleşme politikalarının, son yirmi yılda kişi başı GSMH'da ve bunun dalgalanmasında ve gelir eşitsizliğinde gözlenen eksi yöndeki değişikliklerin ne kadarından sorumlu olduğu test edilmiştir. Bu tür bir analiz için, araştırmacıların çoğu Latin Amerika için Lora (2001) ve geçiş sürecindeki Avrupa ekonomileri için Campos tarafından geliştirilen sektörel ve genel reform endekslerini kullanmaktadır. Her bir sektörel politika endeksi sıfır (hiç reform olmaması durumu) ile bir (reformların tamamlanması) arasında bir değer alır. Genel reform endeksi ise beş sektörel endeksin ortalamasıdır.

Yer kısıtlılığı bu alanda daha önce yapılmış çalışmalara sadece yüzeysel bir gönderme yapmaya izin vermektedir. Dollar&Kraay (2003), açıklığın büyüme üzerindeki etkisini analiz ederek ticari anlamda dışa açıklığın büyümenin temel belirleyicilerinden biri olduğu sonucuna varmıştır. Bununla birlikte bu tür sonuçlar, büyümenin ana belirleyicisinin aralarında ekonomik dışa açıklığın da olduğu diğer her şeye baskın olan "kurum kalitesi" olduğuna dikkat çekilerek sıklıkla eleştirilmektedir. Diğer çalışmalarda liberalleşme ve küreselleşmenin gelir eşitsizliği üzerindeki etkisi analiz edilmiştir. On sekiz Latin Amerika ülkesinde 1980 ile 1998 arasında ekonomik liberalleşmenin etkisinin analiz edildiği bir çalışma (Behrman, Birdsall, & Székely, 2000) bu politikaların kısa ve orta vadede önemli bir eşitsizlik etkisi olduğunu göstermektedir. Ticari serbestlik önemli bir eşitsizlik yaratmazken, sermaye serbestliği yerel finansal serbestlik ve vergi reformları ile desteklendiğinde kuvvetli bir eşitsizlik nedeni olmaktadır. Benzer bir biçimde, son yirmi yıldaki yirmi bir farklı reform sürecinde liberalleşme ve küreselleşme politikalarının etkilerinin incelendiği bir çalışmada (Taylor, 2005), örneklerin on üçünde eşitsizliğin arttığı, altısında değişmediği ve ikisinde azaldığı görülmüştür. Diğer çalışmalar (Cornia, 2004) kurumsal zayıflıklar, yapısal esnemezlikler, gelişimini tamamlamamış pazarlar, asimetrik bilgi ve süreğen koru-

Tablo 2.8 1980'ler/1990'lardaki Politika Değişiklikleri, İçsel Değişiklikler ve Rastlantısal Şoklar Sonucu 2000 yılı itibarı ile DYB Değerindeki Artış (koyu renkle belirtilmiştir) ve Azalışlar.

Bölge	OECD	GEÇİŞ	SSCB	D.Asya	Çin	Latin Amerika	ODKA	Hindistan	G.Asya	ASA	DÜNYA
Politika Kaynaklı DYB Değişiklikleri	**2.02**	-1.78	-3.92	**0.49**	-3.61	-1.54	**2.19**	-1.07	-1.59	-5.63	-1.52
Log kişi başı GSMH	0.00	-0.43	-1.91	-1.22	**3.98**	-0.80	-2.07	**1.71**	**0.69**	-0.99	**0.73**
Log kişi başı GSMH'daki dalgalanma	-0.46	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.07
Gini (Gelir eşitsizliği)	-0.03	-0.07	-0.12	0.00	-2.14	0.00	0.00	-1.15	-0.61	-0.45	-0.77
Gini (Gelir eşitsizliği) (1959)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.01	-0.01	0.00	0.00	0.00	0.00
Kişi başı GSMH'daki dalgalanma	0.00	-0.72	-0.49	-0.05	-1.26	**0.01**	**0.04**	-0.63	-0.32	-0.09	-0.44
Dönem-içi ΔGini > 4 puan	**0.02**	-0.58	-1.60	-0.08	0.00	-0.03	0.00	0.00	0.00	**0.14**	-0.08
Log 1000 kişiye düşen doktor sayısı / Log kişi başı GSMH	-0.44	**0.02**	**0.37**	**1.10**	-1.67	**0.25**	**0.73**	-0.97	-0.44	-0.60	-0.51
Göçmen sayısı / nüfus	**0.07**	0.00	0.00	**0.41**	0.00	**0.01**	**0.39**	0.00	-0.12	**0.06**	**0.07**
DPT bağışıklama kapsamı	**0.31**	0.00	0.00	**0.70**	-0.73	-0.05	-0.29	-0.18	-0.58	-3.37	-0.47
Kadınların eğitimi	**0.52**	0.00	-0.16	-0.57	-1.78	-1.14	**3.41**	**0.15**	-0.21	-0.32	-0.31
Sigara	**0.82**	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.12**
Alkol tüketimi	**1.21**	0.00	0.00	**0.20**	0.00	**0.22**	-0.01	0.00	0.00	0.00	**0.22**
İçsel DYB Değişiklikleri	**1.07**	**0.36**	**0.35**	**0.66**	**3.04**	**1.83**	**1.28**	**3.04**	**3.04**	**3.04**	**2.15**
Yaşa bağlı bağımlılık oranı	0.00	**0.66**	**0.66**	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.05**
Sağlık alanındaki teknik gelişme	**1.07**	-0.31	-0.31	**0.66**	**3.04**	**1.83**	**1.28**	**3.04**	**3.04**	**3.04**	**2.10**
Şok Kaynaklı DYB Değişiklikleri	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.02	-0.04	-0.05	-0.57	-0.34	-6.36	-0.76
Savaş ve acil insanlık durumları	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.01	**0.18**	**0.02**
Afetler	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.02	-0.04	-0.05	-0.02	-0.02	-0.01	-0.02
HİV-AİDS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-0.54	-0.31	-6.54	-0.76
Toplam DYB Değişiklikleri	**3.08**	-1.42	-3.57	**1.15**	-0.59	**0.25**	**3.42**	**1.41**	**1.11**	-8.95	-0.13

Kaynak: Bölgesel modellerin (2.6 ve 2.7 numaralı tablolar) parametreleri kullanılarak yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Notlar: ODKA Orta Doğu ve Kuzey Afrika; GEÇİŞ Geçiş Ekonomisi Ülkeleri; SAA Sahra Altı Afrika; Küresel modelin (Tablo 2.6) parametrelerine dayanan yukarıdaki simülasyonun değerleri genel olarak dünya için de benzer sonuçlara sahiptir. On bölge açısından bakıldığında, sapmaların işaretleri benzer olmakla birlikte açıklayıcı değişkenlerin parametreleri küresel model ("ortalama" etkisini dikkate alan) ile bölgesel modeller (bölgelerdeki farklı koşulları yansıtan) arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiğinden sapmaların boyutu farklıdır.

macılık gibi olguların etkisini gözardı eden oldukça kısıtlayıcı varsayımlar üzerine kurulu modellere dayanan standart teorinin, liberalleşme ve küreselleşmenin büyüme, eşitsizlik ve dalgalanma üzerindeki etkilerini öngöremeyeceğini vurgulamaktadır.

Bu kısıtların ışığında, bu bölümde liberalleşme ve küreselleşme politikalarının Tablo 2.8'de simüle edilen DYB değişikliklerinin yaklaşık yarısını açıklayan üç sağlık belirleyicisi (kişi başı GSMH, gelir eşitsizliği, gelirdeki dalgalanma) üzerinde Lora'nın Genel Reform Endeksi (GRE) ile gösterilen etkisi analiz edilmektedir. GRE'nin sadece 1980-2000 arasını kapsaması nedeni ile oluşan parametre bozukluklarından kaçınmak için, kişi başı GSMH değeri bir GSMH endeksi (1980=100) veya bu değerin 1960-80 arasındaki eğiliminden bir sapma olarak gösterilmiştir. Aynı şekilde kişi başı GSMH değişkenliği de 1960-80 arasındaki eğilimden sapma olarak ifade edilmiştir.

Gelir eşitsizliğini gösteren Tablo 2.9'daki (1) ve (4) numaralı modellerde, reformların gelir eşitsizliğini etkilemesinin zaman alması nedeni ile GRE değeri beş yıl geriden gelirken, reformların etkisinin zaman profilini değerlendirebilmek için takip eden beş yıl boyunca gözlenen düzenli reform artışları modele dâhil edilmiştir (Behrman et al., 2000). Ayrıca, başlangıçtaki eşitsizlik düzeyinin reformun etkisini değiştirip değiştirmediğini test edebilmek için GRE değerinin Gini katsayısının başlangıç değeri (G_0) ile etkileşimi de dikkate alınmıştır. Reformların etkisinin ülkelerin gelir düzeylerine göre değişip değişmediğini test edebilmek için eğilimin yönünü belirleyen değişkenlere kişi başı GSMH endeksi ve bunun karesi de eklenmiştir. Buna karşılık, reformların kişi başı GSMH üzerindeki etkisini gösteren (2) ve (5) numaralı modellerde, reformun etkisi geçiş ekonomilerinde içbükey bir şekil çizdiği için GRE ikilenik biçimde ifade edilmiştir. Reformların kişi başı GSMH'daki dalgalanmanın 1960-80 arasındaki eğilimden farklılaşması üzerindeki etkisini gösteren (3) ve (6) numaralı modeller için de aynı yaklaşım benimsenmiştir. Son olarak, politika dışı diğer etkenlerin modeli bozabilecek etkilerini ortadan kaldırmak için, eğilimin yönünü belirleyen değişkenlere birtakım kontrol değişkenleri ilave edilmiştir.

Tablo 2.9'da, aşağıda açıklanan iki bölge ve iki dönem için sabit etki modelinin ekonometrik tahmin değerleri gösterilmektedir. Doğu Avrupa ve Latin Amerika bölgelerinin ikisinde de t-5 Reform Endeksi gelir eşitsizliği üzerinde olumlu bir etkiye sahipken, benzer bir etkiye bunu takip eden düzenli reform artışlarının da sahip olduğu görülmektedir. GRE ile gelir eşitsizliğinin başlangıç değeri arasındaki etkileşim olumsuz yönde olup bu durum küreselleşme reformlarının özellikle başlangıç eşitsizlik değeri düşük olan ülkeleri etkilediğini göstermektedir. Son olarak, GSMH endeksinin parametreleri ve bu endeksin karesi, reformların düşük gelirli ülkelerde daha fazla farkedilir sonuçları olduğunu akla getirmektedir.

(2) ve (4) numaralı regresyon sonuçları, reformların büyümeyi Doğu Avrupa'da içbükey bir şekilde, Latin Amerika'da ise giderek artan bir içbükey şekilde etkilediğini göstermektedir. Benzer sonuçlar kişi başı GSMH'daki dalgalanma için de geçerlidir. Ayrıca bu durumda olumsuz etki, reformların ilk aşamasında daha güçlü olmaktadır. Son olarak, kontrol değişkenlerinden sadece reel faiz oranı, enflasyon ve para arzının istatiksel açıdan önemli olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar değerlendirme kapsamındaki iki bölgede son yirmi yıldaki politik reformların, incelenen üç temel sağlık belirleyicisini olumsuz yönde etkilediği hipotezini desteklemektedir. Eşitsizlik açısından bakıldığında ise, gecikmeli sonuçların en çok gelir eşitsizliğinin ve kişi başı GSMH'nın başlangıçta düşük olduğu ülkeleri etkilediği görülmektedir. İhtiyatı elden bırakmadan, güncel küreselleşme politikalarının sağlığın belirleyicileri üzerinde potansiyel olarak ters bir etkisi olduğuna dair bir ön kanıtın var olduğu söylenebilir.

Tablo 2.9 Gelir Eşitsizliği, Kişi Başı GSMH ve Kişi Başı GSMH'daki Dalgalanma için GRE Regresyonunun Sonuçları

	Avrupa geçiş ekonomileri (1989-01)			*Latin Amerika (1980-1999)*		
	Gelir Eşitsizliği	*Kişi başı GSMH endeksi (1989=100)*	*GSMH'daki dalgalanma (60-80 eğiliminden sapma)**	*Gelir Eşitsizliği*	*Kişi başı GSMH (1960-80 eğiliminden sapma)**	*GSMH'daki dalgalanma (60-80 eğiliminden sapma)**
	(1)	*(2)*	*(3)*	*(4)*	*(5)*	*(6)*
Sabit Terim	18.70***	1.09***	12.61***	37.37***	-.5285***	8.43***
Reform Endeksi		-1.71***	31.29***		-.2328***	8.62**
Reform Endeksi²		1.74***	-36.68***		-.2090***	-10.57***
Gini 0						
Reform Endeksi*	.....			-1851***		
Reform Endeksi t-5	15.19***			13.53***		
Reform artışı t 4-5	12.58***			14.27***		
Reform artışı t 3-4	12.42***			11.28***		
Reform artışı t 2-3	10.64***			14.73***		
Reform artışı t 1-2	9.47***			13.58***		
Reform artışı t 0-1	6.40***	.....		12.01***	.....	
Para arzı (M2/GSMH)	-.0672***	.0019***		.0179 ws	.0004	
Toplam dış borç	.....	1.66*-	.....	2.36***	-1.08***	.....
Reel faiz oranı	-.0020***	-.00004	-.0273*-	.....	-.0003	.0152
Dış ticaret haddi	veri yok	veri yok	veri yok	-.0047	-.0003*-	.0122ws
Enflasyon	-.0025**ws		.0100***	.00008	.000001***	.0006**
GSMH endeksi	29.08***			14.99***	.6133***	
GSMH endeksi²	-14.79***			-4.01**		
F değeri	22.41***	29.81***	18.60***	10.08***	80.12***	2.39**
R kare	.018	.280	.047	.005	.680	.009
Gözlem sayısı	120	127	306	183	191	191
Ülke sayısı	17	17	24	12	17	17

Kaynak: Yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

Notlar: */Değişkenin gözlenen değerleri ile 1960-80 dönemindeki eğilimin ileriye taşınması sonucu elde edilen değerler arasındaki farkın 1960-80 dönemi baz alınarak dışdeğerleme/uyarlama/bilinmeyenin tahmini yolu ile bulunan değere bölünmesi ile hesaplanmıştır; *** %1 düzeyinde anlamlı; ** %1 ve 5 düzeyinde anlamlı; * %5 ve 10 düzeyinde anlamlı; *-%10-15 düzeyinde anlamlı; ws=hatalı işaret (wrong sign)

Bununla birlikte, Rodrik'in belirttiği gibi, bu çeşit bir büyüme-politika regresyon analizi yanıltıcı olabilir. Rodrik'in özellikle belirttiği üzere;

> politik müdaheleler rastlantısal olmadığı ve bu müdahalelerin varlığı gözlenemeyen değişkenlere karşılık olduğu sürece, bir ekonomik performans değişkenini politika ile ilişkilendirmek piyasa başarısızlıklarının derecesi, politik müdahelelerin bunları hedefleme boyutu, hükümet politikalarının uygulamaya alınmasındaki etkinlik veya müdahalelerin politik amaçlarla fikir ayrılıklarını yaratma ve saptırma düzeyi konusunda bilgi vermez. (Rodrik, 2005, s.11)

Tüm bu nedenlerden dolayı, reformların olumsuz etkisini diğer etkenlerden daha fazla ve kesin olarak liberal reformların zamanından önce uygulamaya alınmasına bağlamak mümkün değildir. Yine de liberalleşme-küreselleşme politikaları ile kötü bir ekonomik performans ve tatminkâr olmayan sağlık durumu arasındaki olumsuz ilişkinin altında neyin yattığı spekülasyona açık olmakla birlikte, bu sebep ne olursa olsun ilişkinin kuvvetli olduğu açıktır.

SON SÖZ OLARAK

Bu bölüm önemli ölçüde uzun bir yer gerektiren ve sadece ülkelere özel bir bağlamda oluşturulabilecek politika önerilerini vermeyi amaçlamamaktadır. Yine de geliştirilecek politikaların yönü ve ileride yapılacak araştırmalar için bazı gözlemler ortaya konulabilir.

Öncelikle, bu bölüm son çeyrek yüzyılda pek çok ülkede gözlenen yavaş gelişme, istikrarsızlık, eşitsizlik ve sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlanması ile ilgili mevcut bulguları ve bu eğilimler ile 1980'ler ve 1990'larda uygulamaya alınan küreselleşme politikaları arasındaki ilişkiyi doğrulamaktadır. Beklentilerin aksine bu tür politikalar istikrarsızlık ve eşitsizliği sistematik olarak artırırken, devletin temel sağlık hizmetlerindeki rolünü zayıflatmış ve ardından TRIPS anlaşması sağlık teknolojileri transferinin potansiyel etkisini azaltmıştır. Ek olarak, OECD ülkelerinde olumlu sağlık davranışlarına dair farkındalık artarken, dış kaynaklı liberalleşme gelişmekte olan ülkelerde sigara ve içki tüketiminin ve kötü beslenme alışkanlıklarının artışına katkıda bulunmuştur. Bu nedenlerden dolayı, günümüz küreselleşme çağının tatminkâr olmayan sağlık eğilimlerini, erken ve eleştiriler dikkate alınmadan devreye sokulan liberal politikalarla ilişkilendiren görüşlerin bir değeri olduğu açıktır.

Zamansız liberalleşme ve küreselleşmenin sağlığın temel belirleyicileri (kişi başı GSMH, eşitsizlik, dalgalanma ve sağlık hizmetleri) üzerindeki olumsuz etkisinin doğrulanması, politika reformlarına olan mevcut yaklaşımın yeniden değerlendirilmesini gerektirmektedir. Doğru yönetilmesi durumunda (tümü olmasa

da) bazı küreselleşme politikalarının sağlıkta kazanımlar sağlaması oldukça olasıdır. İdeal koşullarda, liberalleşme çalışmayı ve girişimciliği ödüllendirir, istihdam fırsatlarını artırır ve aile gelirlerini artırıp tüketici fiyatlarını düşürerek sağlığı geliştirir. Gelişmiş ülkelerde ticari korumacılığın azalması yerel pazarları küçük olan gelişmekte olan ülkelerin küresel ekonomiye katılmasını sağlar ve bu arada mülkiyet hakları alanında daha az kısıtlayıcı politikaların uygulanması ilaç, tıbbi cihaz ve sağlık bilgisinin Kuzey-Güney arasındaki transferini kolaylaştırır. Fakat bu tür politikaların başarılı olması için gerekli koşullar günümüzde sadece bazı ülkelerde oluşmuştur ve uluslararası pazarlara girebilmenin mevcut kuralları altında, tipik bir liberalleşme ve küreselleşmenin gelişmekte olan ülkelere pazardaki konumlarını geliştirmek, ekonomik verimliliklerini artırmak ve sağlık alanındaki durumlarını iyileştirmek konularında yardımcı olup olamayacağı kuşkuludur. Bu ülkeler için, dünya ekonomisine entegre olurken ana küresel asimetrilerin azaltılması ve seçici davranılması, küreselleşme politikalarının istikrarı bozacak şekilde birden bire devreye alınmasından daha uygundur.

KAYNAKLAR

Ahmad, O. B., Lopez, A. D., & Inoue, M. (2000). The decline in child mortality: A reappraisal. *Bulletin of the World Health Organization,* 78, 1175-91.

Aiguo, L. (2006). *Transition, inequality, stress and health status in China.* Makale John D. ve Catherine T. MacArthur Vakfı, Dünya Ekonomi ve Politika Enstitüsü (Institute of World Economics and Politics) ve Pekin'deki Çin Sosyal Bilimler Akademisi'nin sponsorluğunu yaptığı "Sağlık ve Sosyal Çalkantılar" projesi için hazırlanmıştır.

Baltagi, B. H. (2005). *Econometric analysis of panel data.* Chichester, İngiltere: John Wiley and Sons.

Behrman, J., Birdsall, N. ,& Székely, M. (2000). *Economic reform and wage differentials in Latin America*, Research Department Working Papers No. 435. Washington DC: Inter-American Development Bank.

Chu, K., Davoodi, H., & Gupta, S. (2000). *Income distribution and tax and government social spending policies in developing countries*, UNU/WIDER No. 214. Helsinki: World Institute for Development Economics Research.

Cornia, G. A., editör. (2004). *Inequality, growth, and poverty in an era of liberalization and globalization.* Oxford: Oxford University Press.

Cornia,G. A. (2004). Sudden change and mortality crises. *Popolazione e Storia* dergisi.

Cornia, G. A., & Zagonari, F. (2002). *An econometric investigation of changes in Infant Mortality Rate and Under 5 Mortality Rate in AIDS affected countries during the last twenty years.* Floransa, İtalya: UNICEF-IRC.

Cornia, G. A., & Danziger, S., editörler. (1997). *Child poverty and deprivation in industrialized countries, 1945-1995.* Oxford: Clarendon Press.

Cornia, G. A., & Menchini, L. (2006). *Health improvements and health inequality during the last 40 years*, Resarch Papers 2006/10. Helsinki: World Institute for Development Economics Research. http://www.wider.unu.edu/publications/working-papers/research-pa-

pers/2006/en_GB/rp2006-10/_files/78091769993299557/default/rp2006-10.pdf.

Cutler, D., Deaton, A., & Lleras-Muney, A. (2006). The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*, 20.

Deaton, A. (2004). Health in an age of globalization. *Brookings Trade Forum*, 83-130.

Dollar, D. (2001). Is globalization good for your health? *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 827-33.

Dollar, D., & Kraay, A. (2003). *Institutions, trade, and growth: Revisiting the evidence.* World Bank Policy Research Working Paper.

Ezzati, M., Vander Hoorn, S., Lawes, C. M., Leach, R., James, W. P., Lopez, A. D., et al., (2005). Rethinking the "diseases of affluence" paradigm: Global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *Public Library of Science Medicine*, 2, 404-12.

Godoy, R. A., Reyes-García, V., McDade, T., Huanca, T., Leonard, W. R., Tanner, S., et al., (2006). Does village inequality in modern income harm the psyche? Anger, fear, sadness, and alcohol consumption in a pre-industrial society. *Social Science and Medicine*, 63, 359-72.

Guillamont, P., Korachais, C., & Subervie, J. (2006). *How macroeconomic instability lowers child survival*, WIDER Research Papers. Helsinki: World Institute for Development Economics Research. http://www.wider.unu.edu/publications/working-papers/research-papers/2008/en_GB/rp2008-51/ adresinden alınmıştır

Hawkes, C. (2005). The role of foreign direct investment in the nutrition transition. *Public Health Nutrition*, 8, 357-65

Hurlin, C., & Venet, B. (2001). *Granger casuality test in panel data models with fixed coefficients.* Paris: EURIsCO Université de Paris.

Jäntti, M., & Sandstrom, S. (2005). Trends in income inequality: A critical examination of the evidence in WIID2. *"The future of development economic"s konferansı*. Helsinki.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Wilkinson, R. (1999). *Inequality and health: A reader.* New York: New York Press.

Lamar, J. (2000). Suicides in Japan reach a record high. *British Medical Journal*, 321, 528.

Lora, E. (2001). *El crecimiento económico en América Latina después de una década de reformas estructurales.* Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Investigación.

Marmot, M., & Bobak, M. (2000). Psychological and biological mechanisms behind the recent mortality crisis in Central and Eastern Europe. *The mortality crisis of transitional economies* kitabından (G. A. Cornia & R. Paniccia, editörler). Oxford: Oxford University Press.

Preston, S. H. (1976). *Mortality patterns in national populations.* New York: Academic Press.

Reddy, S., & Vandermoortele, J. (1996). *User financing of basic social services: A review of theoretical arguments and empirical evidence.* New York: UNICEF.

Rodrik, D. (2005). Why we learn nothing from regressing economic growth on policies. Harvard University.

Taylor, L. (2005). External liberalisation, economic performance and distribution in Latin America and elsewhere. *Inequality, growth and poverty in an era of liberalization and globalization* Press kitabından (G. A. Cornia, editör). Oxford: Oxford University.

Tiberti, L. (2006). *Changes in health financing and health status: The case of Vietnam.* UNU-WIDER Conference on Advancing Health Equity, Helsinki.

United Nations. (2004). *World Population prospects: The 2002 revision* (vol. III: Analytical Report). New York: United Nations Publications. http://www.un.org./esa/populati-

on/publications/wpp2002/WPP2002_VOL_3.pdf adresinden alınmıştır.

United Nations University & World Institute for Development Economics Research (2008). UNU-WIDER World Income Inequality Database. World Institute for Development Economics Research [online]. http://www.wider.unu.edu/research/Database/en_GB/database/ adresinden alınmıştır.van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C. ve ark. (2006). Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: An analysis of household suvery data. *The Lancet*, 368, 1357-64.

Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. New York: Routledge.

World Bank. (2007). *World development indicators* [online] 2006. World Bank. http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/index2.htm adresinden alınmıştır.

World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. Cenevre: WHO.

3. Bölüm

KÜRESEL POLİTİK-EKONOMİK VE JEOPOLİTİK SÜREÇLER, YAPILAR VE EĞİLİMLER

Patrick Bond

GİRİŞ

Bu bölüm, küresel politik-ekonomi ve jeopolitikte, 1970'lerden bu yana, yönetsel süreçler ve liberalizasyonu genellikle sıkıntılı şekillerde bir araya getiren ana değişimler üzerine bir yorum vermektedir. Bu süreçlerin, toplumda sağlığı iyileştirebilecek politikalarda yapısal kısıtlılıklar oluşturmak dâhil, önemli dışavurumları vardır. Anahtar olayların önemli güç değişimlerini yansıttığı düzinelerce zaman dizisinde, jeopolitik yeniden düzenlenmeler ve neo-liberal politika egemenliği gözlemlenebilir. Bağlam, bir dizi kalıcı ekonomik sorun olmuştur: durgunluk, mali istikrarsızlık ve eşitsiz gelişme. Politik düzenlemeler, sağlıkta küresel eşitliği iyileştirmek için gerekli olan yeniden-dağıtıcı sosyoekonomik reformlar bakımından istenmeyen bir güç dengesini izlemiş ve bu dengede sürmüştür. Küresel yönetimin önerdiği çözümlere ilişkin herhangi bir beklentinin, bu çözümler en azından baskın politik-ekonomik ve jeopolitik süreçler, yapılar ve eğilimler içinde ise, dikkatle ve eleştirel biçimde değerlendirilmesi gerekir.

Böyle bir değerlendirme, küreselleşme ile ilişkili toplum sağlığı tehditlerini, *politik-ekonomi* ve *jeopolitiği* birleştiren daha geniş bir bağlam içine yerleştirmekle başlar. Politik-ekonomi, ekonomik süreçler ve güç ilişkilerinin karşılıklı etkileşimlerine ilişkin bir çözümlemedir. Jeopolitika, konumsal güçlerini savunmakta veya genişletmekte çıkarları olan bölgesel aktörler – yalnızca ulusal devletler değil – arasındaki ilişkilerin dikkate alınmasını kapsar. Küreselleşme açıkça coğrafi bir olgudur ve bu nedenle yalnızca büyük politik ve küresel ekonomik güçleri değil, aynı zamanda pazarların küçük kurumsal yönlerini ve politik aktörlerin çıkarlarını da dikkate alabilen bir çözümleyici çerçeve aramalıyız. Bu durum, dört konunun yoğunlaştırılmış bir açıklamasını veren bu bölümün sorunsalıdır: (1) 1970'lerin başından bu yana ana tanımlayıcı olaylar, (2) ideolojik gelişme, (3) açıklayıcı kuram ve (4) yakın geleceği şekillendirecek gözlemsel eğilimler.

Sapmalar ve duraksamalar gelecek bölümde belgelendirilmiştir. Neo-liberal

proje, sponsorlarının vaatlerini karşılamakta başarısız olurken, onun yerine geçebilecek dünyayı yeniden şekillendirmek için yeterince güçlü bir proje henüz ortaya çıkmamıştır. Hem Washington'daki ekonomik neo-liberalizm destekçisi güçler (Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu, Birleşik Devletler Hazinesi, Birleşik Devletler Merkez Bankası ve ilişkili fikir kulüpleri) hem de politik neokonservatif (Beyaz Saray, Pentagon, Birleşik Devletler Dışişleri Bakanlığı ve fikir kulüpleri) büyük meşruiyet sorunlarından muzdariptirler. Fakat bazı reform söylemlerine rağmen bunların çok-taraflı birçok kurumda bütünleşmesi, Washington Konsensüsü sonrası küresel reform (bakınız Tablo 3.1) veya düşük/orta gelirli ülkelere daha fazla ulusal egemenlik veya küresel/yerel adalet arzulayanlar için, ileride güç bir dönem olduğunu düşündürmektedir. Güç dengesi değişimi umutlarıyla birlikte rakip ajandalardan bahsetmeden önce, 30 yıllık jeopolitik süreçlerle birlikte daha derin politik-ekonomik dinamikleri ortaya koymak ve sonra bunlara kuramsal bakımdan aydınlatılmış açıklamalar sağlamak önemlidir.

YENİ JEOPOLİTİK DÜZENLENME, NEO-LİBERAL EGEMENLİK VE EKONOMİK DALGALANMA/İSTİKRARSIZLIK

1970'lerden bu yana bir dizi jeopolitik değişim en az dört ana gelişmeye vurgu yapar. Birincisi, Birleşik Devletler'in Vietnamlı gerilla ordusu tarafından 1975 yenilgisi, Birleşik Devletler kamuoyunun denizaşırı çıkarlarını sürdürmek için kendi birliklerini kullanmaya istekliliğini azalttı. İkincisi, Sovyet bloğu ekonomik felç, dış borç, bürokratik gayrimeşruluk ve tomurcuklanan demokrasi hareketlerinin bir sonucu olarak 1990'ların başında çöktü. Üçüncüsü, bu dönemde, Lübnan'daki 2006 yenilgisine rağmen, 1973 Mısır savaşından beri genellikle İsrail'in baskın bir bölgesel güç olduğu birkaç Orta Doğu savaşı görüldü. Dördüncüsü, 1990'lar ve 2000'ler boyunca politik ve aynı zamanda ekonomik bakımdan Çin, Batı'ya güçlü bir rakip olarak ortaya çıktı.

Bunlar yalnızca ardında tek bir süper güç bırakan en önemli politik gelişmelerin öne çıkanlarıydı. Ancak bu süper güç, meşruiyet düzeyi daha az, askeri ve kültürel baskınlığı şüpheli, ekonomik büyümesi daha yavaş, yoksulluk ve eşitsizliği daha yüksek ve geçen üçte bir yüzyılda mali istikrarı geniş ölçüde azalmış olan bir güçtür. Bu gelişmelerle ilişkili sınıflar arasındaki çatışmanın kritik bir yönü, Üçüncü Dünya milliyetçiliği projesinin düşüşü ve sınıf gücünün 1960'ların sonlarında doruğa çıkan işçi sınıfı hareketlerinden uzaklaşarak, sermaye ve üst sınıflara doğru dramatik bir geçişiydi.

Zamandizinsel olarak 1970'lerden beri bölünmüş, kutuplaşmış politik alanı tanımlamakta diğer birkaç olay yardımcı oldu. Dünyanın büyük bölümünde biçimsel demokratikleşme, kısmen insan hakları/medeni haklar ve kitlesel demokratik mücadeleler yoluyla ve kısmen tepeden-aşağı reformlar yoluyla geldi (Gü-

ney Avrupa'da 1970'lerin ortalarında, Latin Amerika bölgesinde 1980'ler ve Latin Amerika'nın geri kalanında 1990'lar boyunca, Doğu Avrupa, Doğu Asya ve Afrika'nın birçok yöresinde 1990'ların başlarında). Ancak, Latin Amerika, Afrika, Doğu Avrupa, Filipinler ve Endonezya'da demokratikleşme ekonomik kriz ortamı karşısında ortaya çıktığından, izleyen dönem, "diktatörlerin borcu, kendi tabanlarına şiddet uygulamaya zorlanan demokratlara devrettiği"[1], genellikle kalıcı huzursuzluğa yol açan istikrarsızlıkla tanımlandı.

1979-1980'de Nikaragua, İran ve Zimbabwe'deki dönüşümlerin peşi sıra, Üçüncü Dünya devrimci hareketlerindeki düşüş, Birleşik Devletler hükümetinin 1980'ler boyunca Granada, Nikaragua, Angola ve Mozambik üzerine bazen doğrudan, ancak genellikle aracılar üzerinden gerçekleşen saldırılarıyla hızlandırıldı. Bu aynı zamanda El Salvador, Filistin (İsrail üzerinden) ve Kolombiya'da özgürlük hareketlerine ve Panama ve Irak'ta daha önce Merkezi İstihbarat Teşkilatı (Central Inntelligençe Agency CIA) tarafından getirilmiş rejimlere bir saldırı dönemiydi. Böylece bu dönem boyunca düşük/orta gelirli devletler ve yurttaşları, Washington'un mandasından uzaklaşmamaları için uyarıldılar. Bu mesaj 1989-1990'da Sovyetler Birliği'nin yıkımıyla güçlendirildi. Gerçekten de Soğuk Savaş sona erdikten sonra Batı yardımları, örneğin Afrika'ya, eski Soğuk Savaş himaye rekabetinin uçup gitmesiyle, 2000'ler boyunca Latin Amerika ve Afrika'da Çin yatırımını takiben yeniden dirilene kadar, hızla %40 azaldı (Greenhill ve Watt, 2005, s. 36).

Avrupa siyasi birliğinin güçlenmesi, 1992 Maastricht Anlaşması ile ortak bir para biriminin (Euro bölgesine katılma girişiminin hemen öncesinde spekülatörler tarafından ezilen İngiliz poundu dışında) güvenceye alınması ve takiben daha güçlü karşılıklı politik ilişkiler kuran anlaşmalarla, Avrupa Ekonomik Topluluğu içindeki şirketsel merkezileşmeyi izledi. Bu; yavaş büyüme, yüksek işsizlik ve yükselen yurttaş tatminsizliğinin görüldüğü ortamda, çoğu Avrupalı sosyal demokrat partilerin neo-liberal yönelime döndüğü ve seçmenlerin muhafazakârlarla, merkez-sağ yönetim arasında sallandığı bir zamanda oldu. Bu arada, 1990'larda "başarısız devletler"deki inatçı çatışmalar, değişik ölçülerde başarılı bir şekilde Batılı insani uygulamalara hız verdi: 1990'ların başında Somali, 1990'larda Balkanlar, 1994'te Haiti, 2000'de Sierra Leone, 2002'de Fildişi Sahili ve 2003'te Liberya. Ancak, Merkezi Afrika'nın diğer bölgeleri (1994'te Raunda ve sonra Burundi, Kuzey Uganda, Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nin doğusu, Somali ve Sudan'ın Darfur bölgesi), Batılı güçleri (eğer katıldıysa) yalnızca yüzeysel olarak kapsayan, oldukça etkisiz bölgesel müdahalelerle, birkaç milyon ölüme tanık oldu.

Endonezya, Madrid ve Londra'daki saldırıların ardından Dünya Ticaret Merkezine ve Pentagon'a yapılan 2001 saldırısı, Batılı güçlerle aşırı İslamcı gruplar

[1] Güney Jübile hareketinin sorunu tanımladığı gibi (Focus on Global South, 1999).

arasındaki çatışmalarının artacağının sinyalleriydi. Bu olaylardan da önce, Kenya, Tanzanya ve Yemen'deki Birleşik Devletler hedeflerinin bombalanması ve sonrasında karşılık olarak Birleşik Devletler'in aşırı İslamcı hedeflere Sudan'da (aslında bir ilaç fabrikası) ve Afganistan'da 1998'de ve Yemen'de 2002'de müdahalesi yaşandı. 2000'lerin ortalarına gelindiğinde Venezuela'da (1999), Bolivya'da (2004) ve Ekvator'daki (2006) büyük dönüşümlerin de içinde yer aldığı Latin Amerika'da gerçekleşen sol partilerin yükselişinin yanı sıra Brezilya, Arjantin, Uruguay ve Şili'de saf neo-liberal ekonomik politikalardan dönüşler, küresel militarizmdeki bu değişime eşlik etti. Avrupa'da 2000'lerin ortaları boyunca Norveç ve İtalya'da sol koalisyonlar da bunlara katıldı.

Bu politik olaylar dizisi, bunlara eşlik ettikleri görünen diğer önemli eğilimleri gölgelememelidir: post-modernizm, "ağ (network) toplumu", demografik kutuplaşmalar ve ailenin yeniden yapılanmasını kapsayan toplumsal ve kültürel değişim; ulaşım, iletişim ve bilgi-işlem devrimleriyle ortaya çıkan yeni teknolojiler; iklim değişimi, doğal felaketler, balıkçılığın tükenmesi ve kötüye giden su kıtlığını kapsayan büyük çevresel sıkıntılar; AIDS, ilaca dirençli tüberküloz ve sıtma, Ağır Akut Solunum Yetersizliği Sendromu (SARS) gibi salgınlar, deli dana hastalığı ve kuş gribi gibi insan sağlığı riskleri. Bu konuların bu bölüm kapsamının ötesinde olmasına karşın, ideoloji alanındaki önemleri ihmal edilmemelidir. Dahası, neo-liberal ve neo-konservatif felsefelerin (eskiden "modernleşme" ve sömürgecilik idi) yükselişi karşısında, bazen İslamcı köktencilik ve Üçüncü Dünya milliyetçiliğinin canlanmasından Washington Konsensüsü-sonrası ve küresel yönetim reform önerilerine (bakınız Bölüm 12), ileride tartışıldığı gibi küresel adalet hareketi eylemlerine uzanan kayda değer/muhteşem karşı tepkiler olmuştur.

Bu sırada ekonomi dünyasında, çeşitli anahtar olaylar bütün dünyayı etkileyen neo-liberal politikanın yükselişini ve sonra düşüşünü belirledi. 1973'te Birleşik Devletler yaklaşık 80 milyon Birleşik Devletler doları açık vererek Birleşik Devletler dolarının altına çevrilebilirliğine tek yanlı olarak son verdiğinde, sabit değişim (kur) oranları hakkındaki Bretton Woods anlaşması bozuldu. 1944 ve 1971 yılları arasında bir ons altının 35 Birleşik Devletler doları değerinde olduğu anlaşma, diğer büyük para birimleri için bir çapa olarak hizmet etmişti. Birleşik Devletler hareketinin bir sonucu olarak, on yıl içinde altının fiyatı ons başına 850 Birleşik Devletler dolarına yükseldi. Aynı zamanda 1973'te bazı Arap ülkeleri Petrol İhraç Eden Ülkeler Örgütü (OPEC) karteliyle petrol arzında bir azaltmaya yöneldi ki bu petrol fiyatını dramatik şekilde yükseltti ve benzer bir şekilde dünyanın petrol tüketicilerinden OPEC ülkelerinin kasalarına dramatik kaynak transferleriyle sonuçlandı. Aynı yıl, Augusto Pinochet Şili'de Salvador Allende'nin seçilmiş hükümetine karşı bir darbe sahneledi. Darbe, *los Chicago Boys – Chicagolu Delikanlılar* (Chicago Üniversitesi'nde Milton Friedman'ın

neo-liberal ekonomik ortodoksluğu ile Şili ekonomisini kökten yeniden tasarlamak için eğitilen Şilili bürokratları tarif eden bir terim) için bir fırsat açtı.

1976'da, Margaret Thatcher'ın 1979'da iktidara yükselmesinden de önce, iktidardaki İşçi Partisi'nin borç için çaresiz kaldığı bir anda, İngiltere'yi acımasızca zorlayan Uluslararası Para Fonu'nun (International Monetary Fund – IMF) büyüyen gücünün işaretlerini verdi. 1979'da Birleşik Devletler Merkez Bankası, ülkesinin para biriminin düşüşü ve enflasyon sorununa faiz oranlarını dramatik bir şekilde yükselterek yanıt verdi. Sonra bu durum şiddetli bir durgunluğa ve özellikle 1982'de Meksika ve Polonya'da, 1984'te Arjantin'de, 1985'te Güney Afrika'da ve 1987'de Brezilya'da olduğu gibi Üçüncü Dünya'da borç krizlerine katalizörlük etti (Brezilya'daki durum Sarnoy hükümetinin üzerindeki yoğun geri ödeme baskısına bağlı olarak, sadece altı ay süren bir açığa yol açtı). Aynı zamanda Dünya Bankası, borç ödemesi amacıyla çekilebilecek fazlaları güvenceye almak için (bakınız Bölüm 7) ve ülkeleri daha rekabetçi ve verimli yapmak adına, proje fonlamaktan yapısal ve sektörel uyumu (IMF ve bağışçı ülkelerin Paris Kulübü kartelince desteklenen) dayatmaya geçti.

Washington, 1980'lerin sonu ve 1990'ların başı boyunca bir dizi mali kriz yönetim tekniklerini benimsedi. Örnek olarak New York, Londra, Frankfurt, Zürih ve Tokyo'daki bankalarının, Latin Amerika, Asya, Afrika ve Doğu Avrupa'da kredi sağlayıcılardan aldıkları ve potansiyel tehlikeli borç miktarının 1,3 trilyon Birleşik Devletler dolarlık kısmını (vergi aflarıyla birlikte) silmelerine olanak tanıyan Birleşik Devletler Hazinesi'ne ait Baker ve Brady planları gösterilebilir. Banka kayıplarının sosyalizasyonuna karşın, borçlular için borç ertelemesi reddedildi.

1987 sonunda New York ve Chicago mali pazarlarında 1929'dan beri görülmedik ölçekte iflaslar görüldü. Birleşik Devletler Merkez Bankası Başkanı Alan Greenspan'in sınırsız likidite sözü ile daha fazla hasar meydana gelmesi güçlükle önlenebildi. Bu söz, sonradan 1980'lerin sonunda, 1990'ların başı boyunca durgunluk ve ciddi emlak pazarı düşüşüne rağmen, birikim ve borç verme endüstrisi ve Citibank dâhil çeşitli büyük ticari bankaların kurtulmalarına olanak sağlayan bir felsefeye dayanıyordu. Benzer şekilde 1998'de bir New York yatırım fonunun – Uzun Vadeli Sermaye Yönetimi (Long Term Capital Management) – Rusya'daki kötü yatırımlarında milyarlar yitirdiği ve dünya mali sisteminin bütünlüğünü tehdit ettiği süreçte, New York Merkez Bankası bir mali kurtarma ayarladı. Birleşik Devletler Hazinesi'nin "yükselen pazarlar" yönetimi, sağlam döviz rezervleri ani kaçışlarla boşalan[2] çeşitli bölge ve ülkelerdeki – Doğu Avru-

[2] "Kaçış" bir ülkenin mali pazarlarında yatırımın genellikle yabancı spekülatif yatırımcılar tarafından ani ve hızlı çekilmesini anlatır. Bu, ülkenin para biriminin değişim değerinin düşmesine neden olur. Ülke, para birimine istikrar kazandırmak için yabancı para birimi rezervlerini kendi para birimini geri satın alabilmek için kullanarak, diğer para birimi tüccarlarına para biriminin değerini "işaret" eder.

pa'da 1996, Tayland'da, Endonezya'da ve Malezya'da 1997, Kore ve Rusya'da 1998, Güney Afrika'da 1998 ve 2001, Brezilya'da 1999, Türkiye'de ve Arjantin'de 2001 – yatırım bankerlerine daha fazla mali kurtarmalar sağladı.

Sonunda, aşırı şişkin bir Birleşik Devletler ekonomisinin, zaman zaman dot.com stok pazarı patlaması (2000-2001) ve emlak pazarı baloncukları (2007 – 2008) gibi çeşitli aşırılıkları su yüzüne çıkarken, Çin ve Hindistan 2000'ler boyunca küresel materyallerde ve tüketici talebinde gevşemeyi topladı. Ancak bu gelişme sıkıntısız ve çelişkisiz olmayıp, gelecek yıllarda dünya finansı, jeopolitik dizilişleri ve çevresel sürdürülebilirliği tehdit edebilir.

Bu büyük olaylar, kabaca 1970'lerin başından beri dünya siyaset ve ekonomisini sarsan büyüyen istikrarsızlık sorununun gerilimleri ve zaman zaman patlamalarını yansıtmaktadır, ancak asla gerçek çözümleri değil. Mortalite ve morbiditede çarpıcı artışlarla ilişkili olan bu olaylar, aynı zamanda toplum sağlığı açısından da kritiktir (bakınız Bölüm 1 ve 5). Küresel politik-ekonomi ve jeopolitikteki toptan bir kargaşa duygusu, İkinci Dünya Savaşı'nın hemen sonrasındaki 25 yıl (1945 -1970) boyunca daha istikrarlı, öngörülebilir, zengin ve eşit dağılmış politik-ekonomik ilişkiler dizisinin tam aksidir.

İstikrarsız küresel politik-ekonomi ve jeopolitiğin üstesinden gelmeye yardımcı olacak hangi açıklamalar üretilebilir?

KALICI EKONOMİK SORUNLAR

Klasik politik-ekonomi kuramına değer katan, pazarın hareket yasalarının merkezinde kalıcı ekonomik sorunların (aynı zamanda *kriz eğilimleri* de denir) tanımlanmasını da kapsamasıdır. Bu eğilimler tipik olarak pazara istikrar getiren karşıt tepki geliştirme teknikleriyle karşılanır. Kriz aşma teknikleri, John Maynard Keynes'i (1936) satın alma gücünü arttırmak için daha fazla devlet müdahalesini savunduğu *İstihdam, Yatırım ve Paranın Genel Kuramı*'nı yazmaya iten 1930'ların Büyük Çöküntüsü'nden bu yana daha karmaşık hale gelmiştir.

Bugün farklılık, böyle ciddi sorunlardan muzdarip rekabetçi olmayan sermayelerin değersizleşmesinden büyük ölçüde *yön değiştirme ve zaman kazanma* (shifting ve stalling) yoluyla kaçınılmasıdır. Bu, Joseph Schumpeter'ın (1942) çöküntüden çıkmak ve yeni bir birikim döngüsüne ivme kazandırmak için gerekli "yaratıcı yıkım" dediği şeydir. "Stalling" (zaman kazanma), değersizleştirmenin kredi sistemi aracılığıyla zamana yayılmasını kapsarken, "shifting" (yön değiştirme) bu durumun güçlü aktörlerce (Bretton Woods Kurumları, Dünya Ticaret Örgütü, donör kuruluşlar) mekana, uyum programına karşı koymaya en az yetenekli alanlara yayılmasını gerektirir. Dahası sermaye, sorunlarına geçici çözümler arayışı içinde, aynı zamanda, biyo-korsanlık ve özelleştirmeden, ev halkının yeniden üretiminde karşılıksız kadın emeğine daha derin bir şekilde dayanmaya uza-

nan ekonomi-dışı baskı araçları yoluyla yeni üretim fazlaları için pazar-dışı alanlara (kamusal araziler, kadının ödenmemiş emeği, yerli ekonomileri) çekilir.

Sonuç olarak, küresel ekonominin mali olarak geniş çapta yayılması ve coğrafi güç kullanımı, düşük gelirli ülkelerin büyük kısmı ve yeni ortaya çıkan çeşitli pazar alanları ile birlikte geçmiş yıllarda esaslı "düzeltmelerden" muzdarip Kuzey'deki bazı kırılgan pazarları değersizleştirmiştir. Bu süreçte cinsiyetçi ve çevresel baskı dâhil ekonomi-dışı baskı yoğunlaşmıştır. Sonuç, zenginliği ve yoksulluğu daha şiddetle coğrafi olarak yoğunlaştıran ve pazarları, toplumun ve doğanın pazar-dışı alanlarını toplum ve doğa zararına bir araya getiren bir ekonomidir. Daha sonra geri döneceğimiz bu olguya bazen *eşitsiz ve birleşik kalkınma* denmektedir.

Küresel ekonomik sorunlara ilişkin bu politik-ekonomik tartışmanın üç merkezi bileşenine bakalım:

1) 20. yüzyıl sonlarında da devam eden aşırı sermeye birikimi, birçok pazarda muazzam doygunluğa, kişi başına gayrı safi milli hâsılanın büyüme hızında azalmaya ve şirket kâr oranlarının düşmesine tanık oldu (Brenner, 2002; Harvey, 2003; Gérard ve Lévy, 2004). Sonuçlar, ilerideki aylarda ve yıllarda daha şiddetli gerilimler ve potansiyel pazar istikrarsızlığı pahasına (özellikle 2007'den sonra Birleşik Devletler ve diğer birçok yerde emlak pazarlarının mali balonu patladı) kaydırıldı ve yumuşatıldı (coğrafi ve geçici olarak yön değiştirildi ve zaman kazanıldı).

2) Kriz koşullarının, kredi ve mali pazar etkinliklerini arttırmak yoluyla geçici olarak bastırılması "hayali sermayenin" yaygınlaşmasıyla sonuçlandı. Bu özellikle emlakta, fakat aynı zamanda sermayenin diğer değişim kağıdı ikamelerine (türevleri) dayanan, kağıt değerini karşılayabilecek üretim yeteneğinin çok uzağındaki, spekülatif pazarlarda da oldu.

3) Üretim ve maliyede coğrafi kaymalar, ekonomik istikrarsızlık ve bölgesel jeopolitik gerilimler üretmeye devam ederek para birimlerinde ve pazarlardaki eşitsizlikle birlikte, kârlılığın eski haline getirilmesi amacıyla pazarı ve toplumun ve doğanın pazar-dışı alanlarını birleştirmek için baskıya katkıda bulundu.

Aşağıda değinildiği gibi birbirlerine bağlı aşırı birikim, malileştirme ve küreselleşme sorunları özellikle Orta Doğu, Merkezi Asya ve Merkezi Afrika'da tanık olunan kaynak savaşları gibi savaşlar için baskı getirdi. Aynı zamanda teknoloji/ulaşım değişimleri bağlamında, esas olarak ticaretin aşırı yayılmasıyla ilişkili durumlar da yıkıcı iklim değişimi ve yeni salgın tehditleri yarattı.

Dünyanın makroekonomik bağlamı, yaklaşık olarak 2000 yılından beri özellikle Birleşik Devletler'de, Euro bölgesinde ve Japonya'da birbiriyle uyuşmayan bazı deneyimleri kapsar (Bank for International Settlements, 2005, s. 12-32). Bu

deneyimler ticarette, yabancı yatırım akışlarında (özellikle birleşmeler ve satın almalar) ve 2000 başındaki düşüş sonrası stok pazarı değerlerinde iyileşmeyi; Birleşik Devletler ve Japonya'da yükselen kamu açıklarını; Türkiye, Meksika, Güney Afrika, Çek Cumhuriyeti ve Polonya dışında hemen hemen bütün yeni ortaya çıkan pazar ekonomileri büyük cari fazlalar verirken, beklenmedik bir şekilde (özellikle artmış Çin ithalatına bağlı) Birleşik Devletler ticaret açığını kapsar. Aynı zamanda 2002 başından itibaren hammadde (özellikle enerji ve mineral/metal) fiyatları yükseldi; şirket kârlarında, hareketsiz sabit özel yatırımların eşlik ettiği gayri safi milli hâsıla payı şeklinde bir yükselme oldu; 2007'deki geri dönüş öncesinde, 2004'ten beri Birleşik Devletler Merkez Bankası tarafından gerçekleştirilen on yedi küçük oran artışına rağmen, 2001'den beri reel faiz oranları yüzde birin altında kaldı. Ancak bu eğilimlere Birleşik Devletler'de hızla yükselen hanehalkı borç/gelir oranı; 2005'te açıkça ipotek güdümlü pikler sonrası küresel emlak pazarlarında, özellikle Birleşik Devletler konut pazarında belirsizlik ve Birleşik Devletler'de 6 trilyon Birleşik Devletler dolarlık bir potansiyel emlak değersizleşmesi; Birleşik Devletler dolarında 2007 yılı sonuna kadar 2002 başındaki yüksek değerinden yüzde 25'lik bir değersizleşme; yeni ortaya çıkan Asya ekonomilerinin dünya büyümesinin motoru olarak süre giden rolü eşlik etti.

Son zamanlardaki ortodoks ekonomik dengesizliğin – özellikle Birleşik Devletler ticaret/bütçe açıklarının – analizi, sıklıkla ortaya çıkan gerilimlerin açıklamasında kullanılan dört değişkene dayanmaktadır:

1) Birleşik Devletler ulusal (özellikle hane halkı) tasarruf oranlarının aşırı düşük olması

2) "Yeni ekonominin" Birleşik Devletler yatırımları için olumlu etkileri (yatırımlar 1990'lar – 2000'ler boyunca gayrı safi milli hâsılanın %20'sinin hemen altında sabitlendi, kabaca Avrupa ve Latin Amerika'ya eşit, fakat Japonya'nın %25'lik ve diğer Doğu Asya ülkelerinin %33'lük oranlarının altında)

3) Küresel tasarruf doygunluğunun (kabaca 1990'ların düzeylerinden %2 daha yüksek), sermaye girişlerine ek olarak Birleşik Devletler'de görece düşük faiz oranlarına izin verdiği tartışması

4) 1997-1998 krizinin şafağında Asyalı yatırımcıların riskten kaçınmasına bağlı olarak Çin-Amerikan karşılıklı bağımlılık durumu (Bank for International Settlements, 2005, s. 24).

Barry Eichengreen'e göre "küresel dengesizlik ve Birleşik Devletler'in açığını destekleyen dört faktör dizisi sonsuza kadar devam etmeyecektir. Bir ayarlama zorunluluğu olacaktır. Soru, bunun erken mi yoksa geç mi olacağı, düzenli mi yoksa düzensiz mi olacağıdır" (2006, s. 14). 2007'de bu ayarlama başladı, fa-

kat büyük bankaların ve kurumsal yatırımcıların (ve hatta Birleşik Devletler ipotek garantörleri Fannie Mae ve Freddie Mac'ın bile) mali olarak yinelenen büyük çaplı kurtarılmaları (mali yardımlar), "ayarlama" sürecini – bu, yaygın varlık değersizleşmesi anlamına gelmektedir – geçici olarak dizginledi.

Dünya Bankası'na göre Birleşik Devletler mali krizi dışında başka "çok uzun durgun veya hatta negatif büyüme dönemleri" oldu:

> Geçen 25 yılda gelişmekte olan ülkelerde büyümeyi etkileyen çok sayıda terslikler oldu... Sahra Altı Afrika, Orta Doğu ve Kuzey Afrika, Latin Amerika, Avrupa ve Merkezi Asya... her birinin bu bunalımlı dönemler için Latin Amerika'nın 1980'lerdeki borç krizinden, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'nın (ve az bir ölçüde Afrika'nın) enerji gerilemesine; Avrupa ve Merkezi Asya'nın pazara dayalı ekonomilere geçişine uzanan özgün nedenleri vardı (2007, s. 56).

Her olguda Banka, iyileşmiş makroekonomik koşullar (daha düşük enflasyon ve enflasyonist beklentiler gibi), daha sürdürülebilir borç düzeyleri (en azından ortalama gelişmekte olan ülkeler için), istikrarsız metalara daha az dayanan, daha çeşitlendirilmiş ekonomiler, hizmetlere daha büyük bir rol (daha az istikrarsız olma eğilimindedir), daha düşük stoklarla daha da iyileştirilmiş üretim yönetimi (geçmiş iş döngülerinde büyük bir etmen olma eğilimindedir) ve özellikle para politikası olmak üzere daha iyi makroekonomik yönetim anlamında ilerleme kaydedilebileceğini iddia etmektedir (2007, s. 55). Ancak Banka'nın gözlediği gibi, "büyüyen eşitsizlik, işgücü pazarlarındaki baskılar ve küresel ortak alanlara tehditler" yalnızca "mevcut küreselleşmede aşikâr" değil, fakat "daha akut olmak üzere. Eğer bu güçler dizginsiz bırakılırsa, küreselleşmeyi yavaşlatabilir, hatta yolundan çıkartabilirler" (2007, s. vii). Banka "çevresel zarar, toplumsal huzursuzluk veya koruyucu duygulardaki yeni artışlardan" gelen tehditlerin, kısmen "nitelikli işgücüne dönüşler, niteliksiz işgücüne dönüşlerden daha hızlı artmaya devam edip, bir çok ülkede (eğer çoğunda değilse) bugünkü doğal ücret arttırıcı eğilimleri aşikâr hale getireceğinden" potansiyel olarak ciddi olduğunu belirtmektedir (2007, s. vii ve xxii).

Dünyanın insanlık tarihindeki en kötü eşitsizlikten muzdarip olmasının doğal olup olmadığı tartışılabilir. Örneğin, David Harvey'nin çekirdek argümanlarından birine göre neo-liberalizm "sınıf savaşının" açık ve politik bir projesidir (Harvey, 2003, 2007). Bu savaşın, Çin ve Hindistan'ın eşitsiz gelişmeye bağlı olarak sorunu karmaşıklaştırmasına rağmen, yoksul ülkelerdeki insanlarla zengin ülkelerdeki insanlar arasında geniş eşitsizlikler ürettiği artık tartışmasızdır (bakınız Bölüm 1).

Bu kalıcı ekonomik sorunların ortodoks açıklaması tatmin edici değilse, politik-ekonomistler bunun yerine ne önermelidir?

DURGUNLUK, DALGALANMALAR VE EŞİTSİZ GELİŞME

Çağdaş politik-ekonomi yalnızca dalgalanmalara değil, aynı zamanda ekonomik büyümede uzun süreli yavaşlamaya da değinmemizi gerektirir. Kişi başına gayrı safi milli hâsılada küresel yıllık büyüme 1960'lardaki %3,6'dan 1970'ler boyunca %2,1'e, 1980'ler boyunca %1,3'e, 1990'lar boyunca %1,1'e düştü ve takiben 2000'lerin ilk yarısında %2,5'e yükseldi (World Bank, 2005, s. 297). Zaman içinde üretilen mal ve hizmet demeti değişti. Geçen yüzyılda, hatta geçen on yılda, bugün yararlanılan ileri teknoloji ürünleri mevcut değildi. Öte yandan gayrı safi milli hâsıla doğal kaynakların tükenmesini ve çevresel yıkımın birçok biçimini (ekosistem hizmetlerinin yitimi veya tehlikeye düşmesiyle ilişkili) hesaba katmaz. Aynı zamanda bazı bölgelerin – özellikle Doğu Avrupa'nın – 1980'ler – 1990'lardaki düşüşler boyunca çıktılarda ciddi boyuttaki azalmalardan muzdarip olmasıyla, dünya genelinde aşırı eşitsiz birikim karakterinin varlığını kabul etmek zorundayız.

En yoksul kıtaya gelince, IMF'nin ve Dünya Bankası Gelişme Komitesi'nin emekli başkanı Trevor Manuel böbürlendi: "Şimdi, Afrika'da makroekonomik koşullar asla daha iyi olmadı. Bütün kıtada %4,7'lik büyümeye sahipsiniz. Tek basamaklı bir enflasyonunuz var. Aynı zamanda birçok ülkenin çok güçlü mali dengesi var" (International Monetary Fund, 2005). Ancak, yenilenemeyen kaynakların çıkartılması Manuel'in hesaplarına katılmadı; katılsaydı, Afrika net negatif tasarruf göstermiş olurdu (World Bank, 2005; Bond, 2006).

Birkaç güçlü çözümleme, 2007-2008 ekonomik kargaşasından öncesinde dahi, küresel (ve özellikle Birleşik Devletler) iş dünyasının üretim sistemlerini, toplumsal ilişkilerini ve jeopolitikalarını yeniden yapılandırmakta karşılaştıkları krize değindi (Brenner, 2002; Harvey, 2003; Polin, 2003; Wood, 2005). Politik-ekonomi açısından uzun zamandır, sadece çarpıtılmış Birleşik Devletler mali ve ticari hesapları hakkında değil, aynı zamanda üretim, ekolojik yıkım ve toplumsal bozulmanın altta yatan karakterleri hakkında da kaygılar ifade edildi. Her açıklamada çekirdek bileşenler, işçi-işveren-çalışan arasındaki (özellikle 1960'ların sonu Avrupa'sından çıkan, fakat 1970'lerin ortasından beri azalan ve 1980'ler boyunca nominal kârlar artarken çok düşük seviyelerde olan) sınıf çatışmasını; uluslararası politik çatışmayı; enerji ve diğer kaynak kısıtlılıklarını (özellikle büyüyen petrol kıtlığı); ve aşırı birikime eğilimi (pazarın emme kapasitesinin üzerinde aşırı mal üretimi) içerir.

David Harvey'e göre "Küresel kapitalizm, 1970'lerden beri kronik ve kalıcı bir aşırı birikim sorunu yaşadı" (Harvey, 2003, s. 63). Robert Brenner bu soruna kanıt buldu:

> endüstri-dışı maliyetler endüstride olduğu kadar veya daha da hızlı büyür, fakat

> endüstrideki fiyat artışı endüstri-dışındakinden daha yavaş olduğundan, kar oranı endüstride, endüstri-dışındakinden daha fazla düşer. Diğer bir deyişle, uluslararası aşırı doygunluğa bağlı olarak endüstri üreticileri fiyatları, maliyetleri yeterince karşılayacak şekilde yükseltemezler (kişisel görüşme, 9 Kasım 2004).

Bu kapasite aşımı devam etti ve hatta 1980'ler boyunca Batı'daki aşırı birikimin değer yitirmesi aşamasının doruğunda, diğer politik-ekonomistler (Clarke, 1988, sayfa 279-360; Harvey, 1989, sayfa 180-197; Mandel, 1989, s. 30-58) endüstrisizleşmenin ve yoğun bir eşitsiz gelişimin aşırı birikimle nasıl ilişki içinde olduğunu gösterdiler. Takiben, ekonomik krizin diğer sektörler aracılığıyla düşük gelirlilerden orta gelirli ülkelere doğru süre giden aktarımının kanıtı Harry Shutt (1999, s. 34-45) ve Robert Biel (2000, s. 131-189) tarafından belgelendi.

Gelişmiş ve düşük-orta gelirli ülkeler arasında ve içinde eşitsiz gelişimin yoğunlaşması, bu aşırı birikim krizinin bir özelliğidir. Dünyanın bazı kutuplarında büyüme diğerlerinden çok daha hızlı olduğundan, eşitsiz gelişimin büyümesi açık bir hal aldı ve ülkeler arasındaki Gini katsayısı 1980'lerin başından itibaren dramatik olarak yükseldi. Aynı zamanda ülkeler içindeki eşitsizlik, özellikle hızlı ticaretle ilişkili bütünleşmeye bağlı olarak yükseldi. Dünya Bankası'nın ana eşitsizlik ekonometrisi uzmanı Branco Milanovic'in dediği gibi, "ortalama gelir düzeylerinin çok düşük olduğu durumlarda, açıklıktan yararlanan zenginlerdir... Açıklığın gelir dağılımını iyileştirmesi bir yana, daha da bozduğu görünüyor" (2005). Küreselleşmenin zenginliği yayma yeteneğinin örnekleri olarak sıklıkla Çin ve Hindistan referans verilir, fakat gerçekte bunların iç gelir eşitsizliğindeki aşırı yükselme sırasıyla kitlesel protestolar (polisin son ilettiği veriye göre 2005'te 85.000 kişi) ve on binlerce kırsal intihar yarattı. Bu, klasik eşitsiz gelişimdir.

Eşitsiz ve birleşik gelişmenin "birleşik" özelliği (Bond ve Desai, 2006) özellikle özgün perifer veya yarı-perifer yerlerde ortaya çıktı. Buralarda piyasa tarzlı üretim fazladan bir süper-sömürü sübvansiyonu için – ekonomi dışı baskı – kısmen iş gücünün yeniden üretim maliyetinin azaltılması yoluyla daha önceki üretim biçimlerine dayanmaktadır (Wolpe, 1980). Özellikle kadınlar, Isabella Bakker ve Stephen Gill'in gösterdikleri gibi, yalnız ataerkil yapı aracılığıyla değil, aynı zamanda neo-liberal politika dönüşümüyle ek yükler almaya zorlandılar:

> Toplumsal yeniden üretimin yeniden özelleştirilmesi, özellikle en yoksul ülkelerde hanehalkı, devlet ve toplumsal kurumlar ve son olarak geçimini sağlamanın temel mekanizmaları ile ilişkili en azından dört dönüşümü kapsar:
>
> 1) Ev yönetimi ve bakım etkinlikleri giderek artan biçimde pazar aracılığıyla sağlanır ve bu nedenle para hareketine maruz kalır.

2) Toplumların tanımlanması, özellikle devletin evrensel toplumsal korumadan çekilmesiyle, bireylerden oluşan topluluklar (veya en azından aile toplulukları) olarak yeniden yapılmakta gibi görünmektedir.

3) Birikim kalıpları, toplumsal yaşamın daha geniş alanlarını kontrol eder ve böylece toplumsal yeniden üretim koşulları üzerinde denetim kurar.

4) Yaşamı sürdürme ve geçimini sağlama. Örneğin, dünya nüfusunun büyük bir oranının etkin bir sağlık sigortası veya temel bakımı dahi yoktur (2003, s. 36).

Çevresel olarak da pazarın yaşamın bütün alanlarına girmesi – hatta karbon ticareti yoluyla (iklim krizine çözüm iddiası) havanın bile özelleştirilmesi – küreselleşme yanlısı kibirin zirvesinde kuramlaştırılmıştır: "Daima Afrika'daki nüfuslu az olan ülkelerin büyük bir oranda da AZ-kirli olduğunu düşündüm, hava kaliteleri muhtemelen büyük bir oranda verimsiz biçimde düşüktür" (Summers, 1991). Aynı zamanda o sırada Dünya Bankası'nın şef ekonomisti, sonra Clinton yönetiminin hazine sekreteri ve Harward'ın başkanı olan Larry Summers'a göre: "Ücretlerin en düşük olduğu ülkeye zehirli atık yükünün boşaltılmasının ardındaki ekonomik mantığın mükemmel olduğunu düşünüyorum ve bununla yüzleşmeliyiz" (1991). Gittikçe çaresizleşen üretken sermaye, aşırı kârlı mali sermayeyle çok az veya sıfır maliyetle ekolojik kaynakların sahiplenilmesi yoluyla yarışırken, çevrenin kirlilikten arındırılması, pazar ve pazar-dışı süreçler aracılığıyla kötüleştirildi.

Eşitsiz ve birleşik gelişmenin toplam mantığı aynı zamanda sınıf hatları boyunca farklılaşmış (veya "eklem yerlerinden ayrılmış") üretim ve tüketimi gerektirir (de Janvry, 1981), böylece ekonomiler içinde içsel denge kötüleşir. Aynı şeklide ulusal ekonomiler sermaye malları ve tüketici malları arasında ve sermayenin farklı devre ve bölüntüleri arasında kötüleşen dengesizliklerden muzdarip olur. Örneğin, Michel Aglietta'nın gösterdiği gibi, aşırı üretim krizi dönemleri boyunca mali pazarlardaki yükseliş şu anlama gelir: "Eşitsiz gelişim, firmaların görünür mali sonuçlarında sadece kredide gerçekleştirilen yapay farklılıklar yaratır. Bu farklılıklar mali pazarda spekülatif kazanımlarının yararınadır" (1979, s. 359). Ancak, mali balonların reel ekonomide altta yatan değerlerin çok ötesinde yükselmesi, spekülatif emlak pazarlarının 2007 – 2008'de değersizleşmesinde çok canlı bir şekilde tanık olunduğu gibi, bir yerde sona ermelidir. Pazarın olumlu yanının *dengeleyici* güçler olduğunu (yani, varlıkların aşırı veya düşük fiyatlandırılmasını daima kendi kendine düzeltir şeklinde) savunan ekonomistlerin aksine, düzensiz gelişmenin neden olduğu ve mali pazar genişlemesinde tanık olunan yakın zaman önceki kargaşa daha iyi bir şekilde, sistematik denge*sizleştirme* olarak tanımlanabilirdi.

Bu nedenle sektörel ve uzamsal düzensizlik eğilimleri, aynı zamanda son yıl-

larda periyodik olarak dünya ekonomisini karakterize eden mali krizler biçiminde dışa vurmaktadır ve bu durum, özellikle değişim kontrollerinin kaldırıldığı ve para spekülasyonu üzerinden anlık kazanımlar sağlama arayışıyla geniş sermaye portföyü akışlarının dünyayı dolaştığı bir çağda, göreceli değer yaratma gücünü daha da kötüleştirmektedir. Düzensizliğin uzun yıllar eşitsiz değişim, çekirdek baskınlık biçimleri, periferik bağımlılık kuramlarıyla ilişkilendirilmiş olmasına karşın, bu çözümlemelerin, devletler-arası ilişkilerin aşırı vurgulanması ve yerel "kalkınmada geri kalma" durumunu daha kararlı bir şeklide biçimlendiren sermaye akımlarının ve toplumsal mücadelelerin yetersiz vurgulanması şeklinde etkileri olmuştur. Tam bu noktada, üretimin pazar ve pazar-öncesi tarzlarının eklemlenmesi, zengin ve yoksul ülkeler arasında dünya ekonomisinin genel düzensizliğini besleyen birleşik bir kalkınma yarattı. Bu, Güney Afrika başkanı Thabo Mbeki tarafından uygun bir şekilde "küresel *apartheid*" olarak adlandırıldı (bakınız Bond, 2003). (Editörün notu: Apartheid, Güney Afrika Cumhuriyeti'nde Avrupalı olmayan gruplara karşı Ulusal Parti tarafından uygulanan ve 1948-1991 yılları arasında yürürlükte kalan ırkçı tecrit, politik ve ekonomik ayrımcılık yasasıdır.)

David Harvey dengesizlik üretme sürecinin daha genel bir şekilde "yatırım çekmek için birbiriyle sonsuz rekabet eden farklı yerler" olarak anlaşılması gerektiğini iddia eder. Bu süreçte, bu "bölgeler" sermayenin yerel veya bölgesel veya ulusal sınıf konumlarının birbirine karşı kışkırtılmasını sağlama ve dengesizliği arttırma eğilimindedirler" (1996, s. 295). Sektörün, uzamın ve ölçeğin dengesiz gelişimini anlamak yeterince iddialı iken, aynı zamanda çevrenin üretimi ve yıkımı, toplumsal yeniden üretim ve sınıf, cinsiyet ve ırk/etnik yapı hatlarında insan tahakkümü gibi farklı alanlarda sistematik dengesizliği araştırmak için, gelecekte fırsatlar olmalıdır. Böyle bir çalışma, sağlığın eşitsizliği yansıttığı ve ona katkıda bulunduğu birçok yolu ve dünyada ve ülkeler içinde sağlık hizmetine ulaşmakta dengesizliği düzeltmenin yollarını ortaya çıkartabilir.

SONUÇ: TOPLUM SAĞLIĞI VE KAMU POLİTİKALARI İÇİN ÇIKARIMLAR

Sonuç olarak çağdaş politika ve kamu politikası ve toplum sağlığı için yukarıda anlatılan tartışmanın stratejik dersleri nelerdir? Toplum sağlığı noktası kısa bir bölümün kapsamının hayli ötesindeyken, sağlık bakımını geliştirmek ve hastalık yüklerini hafifletmekte gelecekteki stratejiler için bazı önemli derslere işaret eden eğilimler önerebiliriz.

Sağlık hizmetinin, büyük ölçüde küreselleşme *tarafından* oluşturulan ve küreselleşmeyle ilişkili sorunları, istikrarsız politik-ekonomik süreçleri (Güney – Kuzey kaynak göçü dâhil) ve daha önce tartışılan düşmanca politik ortamları izlemektedir. Ancak, şüphesiz Dünya Bankası'ndan David Dollar (2001, s. 827)

gibi küreselleşmenin gelişmekte olan ülkelerin büyümesine, yoksulluğun azaltılmasına ve sağlık (serbestleştirme yoluyla) üzerine olumlu etkilerine ilişkin Bölüm 1'de tartışılan ve delillerle reddedilen iddiaları olan küreselleşme savunucuları vardır. Ancak Dollar, küresel ekonomik bütünleşmenin aynı zamanda istenmeyen sağlık etkileri taşıdığını kabul etti: AIDS'in göç ve seyahatle taşınması son zamanlardaki dramatik bir örnektir. Fakat hem göreli açık hem de göreli kapalı gelişmekte olan ülkelerin ciddi AIDS sorunları vardır. Pratik çözüm, daha hızlı ekonomik bütünleşmeyi zorlayan politikalarda değil, sağlık politikaları ile beraber, Doha'da 2001 Dünya Ticaret Örgütü bakanlar zirvesinde kabul edilen Ticaretle İlişkili Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması'na istisnalar tarafından izin verildiği şekilde, devletlerin ilaç üretmek için zorunlu lisanslar sağlamaya güçlü taahhütlerinde yatmaktadır. Aynı şekilde tütünde serbest ticaret, sağlık-motivasyonlu caydırıcılar konmadıkça, artmış tütün tüketimine yol açacaktır (Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin yapılmasının arkasındaki nedenlerden biri) (bakınız Bölüm 12).

Dahası Dollar'ın iddiası, uluslararası yapıların iyileştirilebileceği ve bunun yoksul ülkelere yararı olacağıdır. Örneğin fikri mülkiyet hakları bakımından farmasotik buluşçular için, ya zengin ülke pazarlarında ya da yoksul ülke pazarlarında (fakat her ikisinde birden değil) fikri mülkiyet haklarına sahip olmayı seçmek elverişli olabilir. Bu şekilde hem zengin hem de yoksul ülkelerde hastalıklar üzerine araştırma yapmak için teşvikler güçlü olabilir. Ancak, sadece küresel ölçekteki güçlerin bilinen karşıt dengesinin küçük bir kanıtı bulunmaktadır (daha önce belirtilen istisna dışında) ve aynı zamanda Dollar'ın bu her iki sağlık sorununa reçetesi sorunludur. Örneğin, AIDS ilaçlarına yeterli erişimin sağlanması, 1998'den 2003'e kadar Güney Afrika'nın Tedavi Eylemi Kampanyası'nın Amerikan İlaç Lobisi (Big Pharma), Birleşik Devletler hükümeti ve özellikle Güney Afrika hükümetine karşı acımasız bir savaşa katılmaya mecbur kalmasından görüldüğü üzere metalaşmaya ve şirket gücüne karşı etkin sivil toplum direncine bağlıdır.

Özetle neo-liberal politika egemenliğinin daha önce belirtildiği gibi kabaca bir düzine büyük kriz anlarında yansıyan önemli güç kaymaları (değişimleri) yoluyla oluştuğu göründü. Buna karşılık bu krizler 1970'ler boyunca ortaya çıkan altta yatan yapısal dinamikleri yansıttılar: durgunluk, mali istikrarsızlık ve eşitsiz gelişim. Toplum sağlığı sektörü bunların her birinden zarar gördü. Doğrudan, sağlık bakımı için devlet kaynaklarında kesintiler (veya düşük gelirli insanların kullanım oranlarını azaltan maliyeti almanın dayatılması) ve yapısal ayarlamaların devlet hizmetlerinin özelleştirilmesine başlangıçta ve süre giden yönelimi oldu (bakınız Bölüm 8). Dolaylı olarak, küresel sermeyenin hareketliliği ve devletin istihdam yaratma politikalarının sınırlı kapsamının sonucu olan işsizlik, gelir

eşitsizliği ve işyeri koşullarının eşitsiz yaşanması ile ilişkili kötüleşen sağlık koşulları vardır. Bu bölümün kapsamı bu bağlantıları açıkça işlememesine karşın, Politik-ekonomi ve jeopolitika literatüründeki anahtar içgörülerden biri, pazarın etki alanı ötesinde artıkların zorla "ekonomi-dışı" elde edilmesi sorunudur (kısmen cinsiyetçi ve çevresel güç ilişkileri yoluyla). Bu sorun pazar dışı toplumsal ve ekolojik sistemlerle pazar iç ilişkilerini izler ve başka türlü güçlü kamusal hizmetler inşa edilmesine gidebilecek olan kaynaklara etkileri vardır.

Politik olarak durgunluk ve istikrarsızlığın neden olduğu stres neo-liberal ve neo-konservatif güçlerin birleşmesiyle daha kötüleşmiştir. Tablo 3.1'de rekabet içindeki güçlerin beş ana ideolojik yönelimi ele alınmaktadır. Bu ideolojilerin geçmiş on yılda pekişmiş görünmelerine rağmen, beş yönelimden hiçbiri iç çelişkilerin, kamusal politikaya sorunsuz bir yaklaşım oluşturacak şekilde, yeterince üstesinden gelememiştir. 2008'de Birleşik Devletler neo-konservatifleri yalnızca askeri yenilgiler, politik olarak popülarite yitimi ve ekonomik sıkıntı nedeniyle değil, aynı zamanda kültürün, pederşahiliğin ve devlet egemenliğinin nasıl en iyi korunacağı üzerine farklı dini etkiler ve anlaşmazlıklar gibi sosyokültürel özellikler nedeniyle savunmadaydılar. Washington'dan Avrupa'nın ana sermayelerinin çoğu yoluyla Japonya'ya uzanan neo-liberal blok da kendi kurallarıyla kalıcı ekonomik krizin üstesinden gelme yeteneği gösterememekten muzdarip oldu. Aynı zamanda ayrı ulusal-kapitalist çıkarlar ve ülke içi politik dinamiklere bağlı Birleşik Devletler emperyalist ajandasına farklı tepkiler oldu. Ancak neo-konservatifler ve neo-liberaller çokyanlı sorunların çoğunda işleyen ortaklıklar yarattılar ve böylece insan sağlığı ve iyiliği (çevreden bahsetmeye dahi gerek yok) için gerekli küresel ölçekte reformları engellediler.

Reform yönelimli Washington Konsensüsü sonrası ajanlar ve anahtar kişilikler (Joseph Stiglitz, Jeffrey Sachs, George Soros, vd.) gerçekten, Montreal'deki 1996 kloroflorokarbon yasağı başarısından beri, küresel yönetim alanlarında anlamlı kazanımlar elde etmekte başarısız oldu. Geniş ölçüde, daha önce tartışılan ekonomik ve jeopolitik süreçleri izleyen zıt güç ilişkileri nedeniyle, dünyanın reformcuları çeşitli göz korkutucu sorunlarla karşı karşıya kaldılar:

1) Jeopolitik gerilimle ilişkili olarak, yoldaki Birleşik Devletler, İran ve muhtemelen İsrail'i kapsayan savaş ve Birleşik Devletler ile Çin arasındaki emperyalistler-arası öngörülen uzun erimli çatışmalarla, Orta Doğu, Körfez, Merkezi Asya, Merkezi Afrika ve Afrika Boynuzu'nda barış kurulamaması (veya gerçekte barış olasılığı kurulamaması).

2) Birleşmiş Milletler'in demokratikleştirilmesini arzu eden üyeler olan Japonya, Almanya, Hindistan, Brezilya, Nijerya ve Güney Afrika'dan gelen baskıya rağmen son devlet başkanları zirvesinde Güvenlik Konseyi'nin genişletilememesi.

3) Ticarette, Dünya Ticaret Örgütü'nün Doha Yuvarlak Masa tartışmalarının yineleyen gecikmeleri.

4) Uluslararası maliyede, süre giden bulaşıcı kargaşa (patlayan pazar köpükleri, iflaslar ve istikrarsız para birimleri dâhil), Birleşik Devletler ve diğer ülkelerde aşırı yüksek –ve giderek büyüyen- parasal açıklar, Dünya Bankası'nın meşruiyet krizi ve 2007'de neo-konservatif/neo-liberal güç yapısından iki kişinin Robert Zoellick (Dünya Bankası) ve Dominique Strauss-Kahn'ın (IMF) liderler randevusunun tanıklık ettiği gibi Bretton Woods reformuna Birleşik Devletler/Avrupa Birliği direnci.

5) Çevresel olarak, 2007 Bali ve 2008 G8 toplantıları felaket potansiyeli olan iklim değişimini durdurmak ve geriletmek için yeterli ileri adımlar atmakta başarısızken, Avrupa Birliği ve destekleyici düşük/orta gelirli ülkelerin Kyoto Protokolü'nü savunmakta başarısızlığı (tatlı su kaynakları, deniz kaynakları, zehirli atık ticareti, türlerin sonunun gelmesi ve benzeri diğer küresel ekolojik yönetim sorunları bakımından çok az bir ilerleme olmuş veya hiç olmamıştır).

6) Eşitsizlik ve gerçek ilerleme ölçütlerinin çoğu, ekonomi, politik güç, kültür, toplum sağlığı, toplumsal hizmetler bakımından toplam bir "küresel ırk ayrımcılığı" yapısı, zaten göreli iddiasız Binyıl Kalkınma Hedefleri ile alay ederek kötüleşmeye devam etmesi.

Dünya politikasında daha köktenci güçler, Üçüncü Dünya milliyetçileri ve küresel adalet hareketleridir. Birkaç öne çıkan örnek vermek gerekirse, sırasıyla Küba, Venezuela, Bolivya, Ekvator ve Paraguay gibi ulusal alanlardan ve Zapatistalar'ın Meksika'daki Chiapas eyaleti, Buenos Aires'teki işgal edilen fabrikalar, Güney Afrika Tedavi Eylemi Kampanyası tarafından katalize edilen AIDS ilaçlı sağlık klinikleri, Hindistan'ın Narmada vadisindeki baraj karşıtı kamplar gibi sivil toplum alanlarından fışkıran hareketler. Bu ilerici milliyetçiler ve küresel adalet savunucularının gereken uzun erimli reformları ilerletme arzusu ve vizyonu olabilir. Politikaya bağlı olarak kapasiteleri ve destekleri olsa da olmasa da, 35 yıllık daha önce bahsedilen seçkinci kötü yönetim, bizi iyileştirilmiş sağlık ve sağlığın toplumsal belirleyicileri için tepeden – aşağı stratejilerin meşum sonuçları konusunda uyarmalıdır. Gelecek, neo-konservatif/neo-liberal yukarıdan küreselleşmenin, aşağıdan küreselleşme ile karşılaştığı yerde şekillenecektir.

Tablo 3.1 Beş Jeopolitik Akım

Politik akım:	*Küresel Adalet*	*Üçüncü Dünya Milliyetçiliği*	*Washington Konsensüsü Sonrası*	*Washington Konsensüsü*	*Dirilen Sağ Kanat*
Gelenek	*Sosyalizm, Anarşizm*	*Ulusal Kapitalizm*	*(Hafif) Sosyal Demokrasi*	*Neo-liberalizm*	*Neo-konservatizm*
Ana gündem	Sermayenin "deglobalizasyonu" (insanların değil); aşağıdan küreselleşme, uluslararası dayanışma; savaş karşıtı; ırkçılık karşıtı; yerli hakları; kadınların özgürleşmesi; ekoloji; "metalaşmamış" devlet hizmetleri; katılımcı demokrasi	Borç hafifletme ve genişlemiş pazar erişimine dayalı devletler-arası sistemin reformu yoluyla artmış (fakat daha adil) küresel bütünleşme; yeniden biçimlendirilmiş küresel yönetim; bölgecilik; retorik anti-emperyalizm; Üçüncü Dünya Birliği	"Kusurlu pazarların" onarımı; Birleşmiş Milletler ve benzeri küresel devlet yapıları yoluyla mevcut kapitalist çerçeveye "sürdürülebilir kalkınma" eklenmesi; bir ölçüde küresel Keynesçilik geliştirme, Birleşik Devletler tekyanlılığına ve militarizmine karşı çıkmak	"Şeffaflık" yoluyla neo-liberalizmi yeniden biçimlendirmek; kendi kendine düzenleme ve kurtarma (mali yardım) mekanizmaları; potansiyel yeni ortaya çıkan pazar direncini asimile etme; Birleşik Devletler önderliğinde emperyalizme mali destek sağlamak	Tekyanlı petro-askeri emperyalizm; kafadar ortaklıkları, şirketlere sübvansiyonlar, korumacılık ve gümrükler; ırkçılık ve yabancı düşmanlığı yoluyla insanların tersine küreselleşmesi; dinsel aşırılık; ataerkillik ve biyososyal güç
Önder kurumlar	Toplumsal hareketler; çevresel adalet aktivistleri; yerliler; otonomistler; köktenci aktivist ağları; solcu işçi hareketleri; özgürlükçü teoloji; köktenci fikir kulüpleri (örn. Focus on the Global South, Global Exchange, IBASE, IFG, IPS, Neder Merkezleri, TNI)[a]; köktenci medya (*GreenLeft Weekly*, Indymedia Pacifica, Pambazuka, zmag.org); yarı-özgürleştirilmiş bölgeler (Bolivaryan projeler, Kerala); Dünya Sosyal Forumu'nda sektör bazında veya yerel koalisyonlar	Tarafsızlar Hareketi, G77 ve Güney Merkezi; seçimleri adil olmayan rejimler (genellikle otoriter): Brezilya, Çin, Mısır, Hindistan, Endonezya, Kenya, Libya, Malezya, Nijerya, Pakistan, Filistin, Rusya, Güney Afrika, Türkiye, Uganda, Zimbabwe ile birkaç sol eğilimli ülke (Bolivya, Küba, Ekvator ve Venezuela); El-cezire, sivil destek örgütleri (Seattle, Üçüncü Dünya Ağı)	Bazı Birleşmiş Milletler Ajansları (UNICEF, WIDER); bazı uluslararası hükümet dışı örgütler (CARE, CIVICUS, IUCN, Oxfam, TI)[b]; büyük çevreci gruplar (Sierra Kulübü ve Dünya Vahşi Yaşam Federasyonu); büyük işçi örgütleri (ICFTU ve AFLCIO)[c]; liberal vakıflar (Carnegie, Ford, MacArthur, Mott, Açık Toplum, Rockefeller); Columbia Üniversitesi Ekonomi Bölümü; Sosyalist Enternasyonal; Norveç	Birleşik Devletler devleti (Merkez Bankası, Hazine, USAID); şirket medyası, IT (bilgi teknolojisi) ve finansörler; Dünya Bankası, IMF, Dünya Ticaret Örgütü; seçkinci kulüpler (Bilderburgcular, Üçyanlı Komisyon, Dünya Ekonomi Forumu); bazı Birleşmiş Milletler Ajansları (UNDP, UNCTAD, UNGC)); üniversiteler ve fikir kulüpleri (Chicago ekonomi üniversitesi, Cato enstitüsü, Dış İlişkiler Konseyi, Adam Smith Enstitüsü, Uluslar arası Ekonomi Enstitüsü, Brookings); BBC, CNN[d] ve Sky; G8 devletlerin çoğu	Cumhuriyetçi partinin popülist ve özgürlükçü kanatları; Yeni Amerikan Yüzyılı Projesi; sağ kanat fikir kulüpleri (AEI, CSIS, Miras Vakfı, Manhattan Enstitüsü)[e]; sağcı Hıristiyan kurumlar ve medya; Petro-askeri kompleks ve endüstri firmaları; Pentagon; sağ kanat medya (Fox, *National Interest, Weekly Standard, Washington Times*); faşizan Avrupalı partiler (fakat aynı zamanda Siyonizm ve İslamcı aşırılık)

Notlar: a Brezilya Sosyal ve Ekonomik Analizler Enstitüsü, Uluslararası Küreselleşme Forumu, Politika Çalışmaları Enstitüsü, Uluslarüstü Enstitü; b Birleşmiş Milletler Toplumsal Gelişme Araştırma Enstitüsü, Dünya Gelişme Ekonomik Araştırma Enstitüsü, Uluslararası Doğayı Koruma Birliği, Uluslararası Şeffaflık; c Uluslararası Özgür Sendikalar Konfederasyonu, Amerikan İşçi Federasyonu ve Endüstriyel Örgütler Kongresi; d İngiliz Yayın Şirketi, Kablolu Haberler Ağı; e Amerikan Girişim Enstitüsü.

KAYNAKLAR

Aglietta, M. (1979). *A theory of capitalist refulation.* London: New Left Books.

Bakker, I., & Gill, S. (2003). Ontology, method and hypotheses. In I Bakker & S. Gill (eds.), *Power, production and social repdoduction.* Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Bank for International Settlements. (2005). *75th annual report: 1 April 2004-31 March 2005.* Basel: Bank for International Settlements. Retrieved from: http://www.bis.org/publ/arpdf/ar2005e.pdf?noframes=1.

Biel, R. (2000). *The new imperialism.* London : Zed Books.

Bond, P. (2003). *Against global apartheid: South Africa meets the World Bank, IMF and international finance* (2nd ed.). London: Zed Books.

———. (2006). *Looting Africa: The economics of exploitation.* London and Pietermaritzburg: Zed Books/University of KwaZulu Natal Press.

Bond, P., & Desai, A. (2006). Explaining uneven and combined development in South Africa. In B. Dunn & H. Radice (eds.), *100 years of permanent revolution.* London: Pluto Press.

Brenner, R. (2002). *The boom and the bubble: The US in the world economy.* London: Verso Press.

Clarke, S. (1988). *Keynesianism, monetarism and the crisis of the state.* Aldershot, UK: Edward Elgar.

de Janvry, A. (1981). *The agrarian question and reformism in Latin America.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Dollar, D. (2001): Is globalization good for your health? *Bulletin of the World Health Organization,* 79, 827-33.

Eichengreen, B. (2006). The blind men and the elephant. *Issues in Economic Policy.*

Gérard, Lévy, D. (2004). *Capital resurgent: Roots of the neoliberal revolution.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Greenhill, R., & Watt, P. (2005). *Real ait: An agenda for making aid work.* Johannesburg: Action Aid International. Retrieved from: http://www.actionaid.org.uk/wps/content/documents/real_aid.pdf.

Harvery, D. (1989). *The condition of postmodernity.* Oxford: Basil Blackwell.

———. (1996). *Justice, nature and the geography of difference.* Oxford: BasilBlackwell.

———. (2003). The "new" imperialism: Accumulation by dispossession. In L. Panitch & C. Leys (eds.), *Socialist register 2004: The new imperial challenge* (pp. 63-87). London: Merlin Press. Retrieved from: http://socialisregister.com/recent/2004.

———. (2007). Neoliberalism as creative destruction. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science,* 610, 21-44.

International Monetary Fund. (2005). Transcript of a Joint IMF/World Bank Town Hall with civil society organizations: Washington, DC, September 22, 2005. Retrieved from: http://imf.org/external/np/tr/2005/tr050922a.htm.

Mandel, E. (1989). Theories of crisis: An explanation of the 1974-82 cycle. In M. Gottdiener & N. Komninos (eds.), *Capitalist development and crisis theory: Accumulation, regulation and spatial restructuring.* London: Macmillan.

Milanovic, B. (2005). Can we discern the effect of globalization on income distribution? Evidence from household surveys. *The World Bank Economic Review,* 19, 21-44.

Pollin, R. (2003). *Contours of descent: U. S. economic fractures and the landscape of global austerity.* London: Verso.

Shutt, H. (1999). *The trouble with capitalism.* London: Verso.

Summers, L. H. (1991). Memo. The Whirled Bank Group [online]. Retrieved from: http://www.whirledbank.org/ourwords/summers.html.

Wolpe, H., ed. (1980). *The articulations of modes of production.* London: Routledge & Kegan Paul.

Wood, E. M. (2005). *Empire of capital.* London: Verso.

World Bank. (2005). *World Bank World Development Report 2006: Equity and development.* New York: World Bank and Oxford University Press.

———. (2007). *Global economic prospects 2007: Managing the next wave of globalization.* Washington, DC: World Bank.

4. Bölüm

EMEK PİYASASI, HAKKANİYET VE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

Ted Schrecker[1]

Küreselleşmeyi savunan bilinen önerme –az sayıda niteliksiz çalışanın kaybı olacağı, ama işçilerin büyük bölümünün bundan yararlanacağı– bu güne dek gerçeklerle desteklenememiştir. İşçilerin çoğu ezilmektedir. (Woodall, 2006, s. 6).

GİRİŞ

Dünya Bankası'nın 2006 yılında eşitlik ve kalkınma konusunda hazırladığı "*Dünya Kalkınma Raporu*"na (World Development Report) göre: "Dünyadaki insanların çoğu için ekonomik fırsatlar kayıtlı ve kayıtsız işlerde öncelikle emek piyasası tarafından belirlenir ya da en azından yönlendirilir... Emek piyasasının işleyişi, işçiler arasında – işe erişim kalıplarında – ve işçilerle işverenler arasında eşitliği derinden etkiler" (World Bank, 2005, s.185–86). Özellikle emek piyasası çıktıları ile yoksulluk arasındaki ilişki dramatiktir. Dünya Bankası'nın "1$/gün" ya da "2$/gün" olarak belirlediği yoksulluk sınırı, gerçeği yansıtmadığı, gerçek yoksulluğu olduğundan daha az gösterdiği için eleştirilmektedir[2]; ancak yine de bu ölçütlere göre çalışan yoksullar ciddi boyutlardadır: "Kısmen eksik istihdamın yıkıcı etkileri nedeniyle (Felipe&Hasan, 2005, s.11), şu anda dünyada kayıtlı ve kayıtdışı sektörlerde toplam 486,7 milyon çalışan kendileri ve aileleri için günde 1$'dan; 1,3 milyar çalışan ise günde 2$'dan daha az para kazanmaktadır" (International Labour Organization, 2008, s.10). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) bunlara ek olarak 190 milyon kişiyi işsiz olarak sınıflamaktadır. Çalışılabilecek işler, çoğunlukla sağlığa zararlı ya da sağlık için tehlikeli uygulamalar içeriyor olabilir; gelişmekte olan ülkelerdeki işçiler, gelişmiş ülkelerde işyerlerinde çoğu nesiller önce ortadan kaldırılan sağlık risklerine düzenli olarak maruz kalarak çalışmaktadırlar[3]. Emek piyasaları ile

[1] Daniel Poon'un araştırma yardımı için müteşekkirim.

[2] Detaylı bir eleştiri ve temel gereksinimlerin maliyetiyle daha yakından ilişkili bir yoksulluk eşiği (daha yüksek seviyede) önerisi için bakınız Woodward ve Abdallah, 2008.

[3] Örneğin, Birleşik Devletler'de 1911'de 148 işçinin öldüğü Üçgen Bluz Fabrikası yangını kamusal infiale ve ardından iyileştirilmiş güvenlik standartları koyulmasına yol açmıştır; benzer yangınlar bugün belli sıklıkla Bangladeş'teki giyim fabrikalarında görülmektedir (Brooks, 2007, s. 85). Ek örnekler, çalışma koşulları ve sağlık arasındaki ilişkinin detaylı bir tartılması için bakınız Employment Conditions Knowledge Network (İstihdam Koşulları Bilgi Ağı), 2007.

hastalıklar arasındaki bağlantı da dikkat çekicidir. Bu bağlantı, 40 milyondan fazla insanın herhangi bir sosyal güvence altında olmadığı ve sigortalı nüfusun çoğunluğunun işveren tarafından sağlanan özel sigortalar kapsamında olduğu Amerika Birleşik Devletleri ve her yıl çok sayıda insanı yoksulluğa iten yüksek orandaki özel ve cepten sağlık harcamaları ile kayıtlı ekonomide çalışan azınlıktaki bir işçi kesimi için sınırlı bir zorunlu sigortanın birlikte var olduğu Vietnam gibi çeşitlilik gösteren ülkelerde belirgindir (Sepehri, Chernomas, Akram-Lodhi, 2003; United Nations Country Team Viet Nam, 2003; van Doorslaer et al., 2006; Huong et al., 2007; Ekman, Liem, Duc, & Axelson, 2008)

Bu nedenle emek piyasasında olanlar, maddi yoksunluğa, sağlıktaki gelişmelere erişime, akut psikososyal strese, gelir eşitsizliğine ve sosyal parçalanmalara yol açmaktadır: Cornia ve arkadaşları sosyal koşulları mortalite ile ilişkilendiren beş yoldan dördünü tanımlamışlardır. Farklı ancak birbiri ile uyumlu kavramsal bir çerçevede söz edilen emek piyasasının, sosyal tabakalanmaya, tehlikeli risk etkenlerine farklı düzeylerde maruziyete, farklı düzeylerdeki savunmasızlıklara ve örneğin hastalık gibi farklı sonuçlara güçlü bir etkisi vardır: Diderichsen, Evans, ve Whitehead'in (2001) tanımına göre sağlıkta sosyal eşitsizliklere etkisi olan dört tip mekanizma vardır. İyimser bakışla küreselleşmenin sunduğu emek piyasası fırsatları, yoksulluğu ve eşitsizliği azaltarak ve yalnızca daha yüksek gelirler yoluyla olanaklı olan yaşam standartlarını iyileştirerek sağlığın sosyal belirleyicilerinin gelişmesi için potansiyel sağlar. Bu iddiayı, bazı ülkelerin kendi bağlamlarında kabul etmek için nedenler vardır, ancak bu istihdam edilenlerin çoğu için (ve kuşkusuz işsizler için) öykünün yalnızca bir bölümüdür ve onların kısa-erimli durumlarıyla büyük ölçüde ilişkisizdir. Dünya çapında Dünya Bankasının yoksulluk sınırları kullanılarak ölçülen yoksulluğun azaltılmasında ilerleme mütevazi olmuştur: bazı ülkeler (Çin ve Vietnam gibi) ciddi gelişmeler göstermişlerse de (Chen ve Ravallion, 2007), örneğin Sahra-Altı Afrika'da yoksulluk giderek artmıştır ve Güney Asya'da inatçı bir şekilde hâlâ yüksek seyretmektedir (Felipe ve Hasan, 2005).

Diğer alanlarda olduğu gibi emek piyasalarına ilişkin küreselleşmenin etkileri üzerine genellemeler tutarsızdır ve buna ilişkin araştırma literatürü çok geniştir. Bu bölüm, bir dizi geniş eğilimler tanımlamakta ve daha sonra kurumsal yerleşimlerine, ulusal ve yerel yönetimlerine ve küresel yönetimin çok taraflı kurumlarına (bkz. Bölüm 12) bakılmaksızın sağlıkta hakkaniyeti savunanlar için bazı eşdeğer politika düzenlemelerini tanımlamaktadır. Burada sunulan çözümlemeler belirli bazı ülkelerin tarihsel gelişimlerinin, ulusal ekonomilerin belirli sektörlerinin ve belirli endüstrilerin niteliği olan üretim ağlarının yerini tutmaz ve tutamaz.

EMEĞİN YENİ ULUSLARARASI BÖLÜMÜ/BÖLÜMLERİ

1977'de yayınlanmış ayrıntılı bir çalışmada, tekstil ve giyim sanayisinde emek yoğun üretimin, işçiler için düşük ücret ve en az koruma temelinde seçilen gelişmekte olan dünyaya doğru yer değiştirmesi "emeğin yeni uluslararası bölümü" olarak tanımlanmıştır. Bu alanlar genellikle ulusal hükümetlerce kurulan ve ücretler ve çalışma koşullarının esnekleştirilmesi ya da bu konularda hiçbir yasal düzenlemeye tabi olunmaması gibi, yatırımcının daha fazla dışsatım yapmasını destekleyici özellikleri bulunan ihraç ürün işleme bölgelerindedir (İÜİB) (Fröbel, Heinrichs ve Kreye, 1980). ILO'ya göre, 10 yıl önce 22,5 milyon işçi 845 İÜİB'de çalışırken, 2007 yılında 66 milyon işçi dünya genelinde 3.500 İÜİB'de çalışmaktadır. Bu çalışanların yaklaşık 40 milyonu Çin'de, 5 milyondan fazlası Orta Amerika ve Meksika'da, 3,2 milyonu ise Bangladeş'teki anlaşmalı fabrikalarda çalışmaktadır (Boyenge, 2007).

Çoklu ulusal sınırlar boyunca üretimin küresel yeniden düzenlenmesi sürecinde emeğin uluslararası bölümü derinleşmiş ve daha karmaşıklaşmıştır (Dicken, 2007). Şu anda birçok endüstri küresel meta veya değer zincirleri tarafından belirlenmektedir (terimler burada birbirinin yerine geçecek şekilde kullanılmıştır); burada üretim sürecinin birçok farklı unsurunun en fazla geri dönüş sağlanan ve en az risk barındıran yerlerde bulunması söz konusudur (Gereffi&Korzeniewicz, 1994; Kaplinsky, 2004; Schrank, 2004; Bair, 2005). Meta zincirleri üzerine önde gelen iki araştırmacıya göre: "küreselleşme, bölgeler ve ülkeler içinde ve arasında şirketler ve çalışanlar için eşitsiz gelişmeye yol açmaktadır ve süreci meta zincirleri çerçevesi merceğinden izlemek kimin kazandığını, kimin kaybettiğini ve bunların nedenlerini anlamamıza katkıda bulunmaktadır" (Bair ve Gereffi, 2003, s.165). Birçok örnekte, bir ulus-ötesi şirketin (UÖŞ) çoğu şubesini kapsayan üretim ağları ve şirket içi ticaret, dış tedarikçilerle ve önemi gittikçe artan dış hizmet sağlayıcılarla (dışarıdan hizmet alımı) sözleşme ilişkileriyle desteklenmekte veya sözleşme ilişkileri bunların yerini almaktadır (Milberg, 2004; Edwards, 2004). Genellikle bu tedarikçiler birbiriyle doğrudan rekabet halindedir. Bu durumu, bu alanda öncülük eden spor ayakkabı firmasının adıyla (kendine ait hiçbir fabrikası olmayan) Nike modeli olarak düşünmek yararlı olabilir (Donaghu ve Barff, 1990; Rothenberg-Aalami, 2004). Nike olgusu, "alıcı-güdümlü" bir meta zincirinin erken bir örneğidir: marka üreticileri veya perakende zincirlerin kontrolü (küresel tarımsal gıda sisteminin birçok noktasında baskın rol sahibi olan süpermarketler gibi, bakınız Bölüm 10), bunların üretim sürecinde katma değerin çoğunu elde etmelerini sağlamakta, bir yandan da maliyetleri azaltmak ve üretimi daha kârlı yükleniciler ve bölgeler arasında kaydırmak için zincirin daha altında üreticiler üzerine sürekli baskı yapmalarını sağlamaktadır. Wal-Mart'ın perakende sektöründe bunu yapabilme becerisi, aşırı büyüklüğü ne-

deniyle dikkate değerdir (*Economist*, 2004; Appelbaum ve Lichtenstein, 2006).

Küreselleşmenin kazanımları ve kayıplarının dağılımı sıklıkla, şirketlerin ve tekil çalışanların küresel değer zincirlerinde edinebildikleri yere bağlıdır. Meta zinciri analizini Kenya, Güney Afrika, Bangladeş ve Vietnam'da bahçecilik, tekstil üretimi ve giyim üretimi gibi sanayilere uygulayan yakın tarihli çalışmalar (Nadvi, 2004; Jenkins, 2005), hepsi olmasa da bazı işçilerin istihdam ve gelir kazanımları için azımsanamayacak kadar fazla fırsatın küresel değer zincirlerine bütünleşmeyle ve bunun sonucunda ihraç pazarlarına erişimle ilişkili olduğunu bulmuştur. Aksine, "küresel değer zincirlerinin yarattığı baskı ... emeğin sıradanlaşması ve fazla çalışma saatleri ile ilişkilidir" (Nadvi, 2004, s.25). Bu baskılar, birçok bölgedeki ayakkabı ve giyim sanayi üzerinde yapılan çalışmalarda da saptanmıştır (örneğin; Ross, 1997; Gereffi, Spener ve Blair, 2002). Yapılan bir olgu çalışmasında Brezilya'da kuzeydeki marketler için üzüm üretimi yapan çalışanlar, meta zincirini bozabilme olasılıkları nedeniyle çalışma koşullarında iyileştirme ve ücretlerde bir artış sağlayabilmişlerdir; ancak yazar da bu durumun sıra dışı olduğunu kabul etmektedir (Selwyn, 2007). Şirketlerin, küreselleşmeden daha uzun erimde pay alabilmek için yan sanayi ya da montajcı konumundan özgün araç ya da tüm paket üreticisi konumuna geçmesi ve sonuçta kendi markasını yaratarak küresel değer zincirine yükselmesi gereklidir (Arrunada ve Vazquez, 2006; Tokatlı, 2007). Bu sürecin, Asya üretiminin bazı sektörlerinde ve diğer endüstrilerde de örnekleri vardır.

Gereffi ve arkadaşları (Bair ve Gereffi, 2002; Gereffi ve Memedovic, 2003) tekstil ve giyim değer zincirlerindeki üreticilerin bunu başarmaya yetenekli oldukları konusunda iyimserler, ancak onlar ve başkaları (örneğin Kaplinsky, 2004) bunun hiçbir şekilde kesin olmadığını ve belli bir değer zincirinin yapısına (gelişmekte olan ülke firmaları veya hükümetlerinin kontrolü dışında olabilecek bir değişken) bağlı olduğunu vurgulamışlardır. Giysi üretiminde Karayip havzasının Meksika'ya rakip olarak ortaya çıkması üzerine karamsar bir görüş bir çalışmada örneklenmiştir: "Örneklem grubumdaki üreticiler (Dominik Cumhuriyeti'nden) tam-paket üretimin, bir üst basamak stratejisi olduğunu ummakta, hatta bunu bir sağ-kalım stratejisi olarak görmektedirler" (Schrank, 2004, s.138); ancak tam-paket üreticileri bile işçi maliyetlerinde yoğun rekabetle karşı karşıya kalmaktadır (Schrank, 2004, s.140). Meksika'da İÜİB'leri kurulmasıyla gelişen *maquiladora* sektöründe işçi ücretleri düşürülerek ve çalışma koşulları kötüleştirilerek (Alarcon-Gonzales ve McKinley, 1999; Fussel, 2000; Cypher, 2001, 2004; Frey 2003; Martinez, 2004) sağlanan maliyet kontrolü bile yakınlarda tahminen 200.000 ihraç ürünü işinin Çin'e kaçmasını önleyememiştir. Hızlı negatif yatırım (bkz. Bölüm 5) sonucu ortaya çıkan mali krizlerin istihdam üzerine etkileri gibi faktörlerle karamsar görüş ağırlık kazanmaktadır: Böyle krizler, kayıtlı

sektörde milyonlarca işin kaybıyla sonuçlanmıştır ve kriz sonrasında istihdam toparlanma eğilimi, gayrı safi milli hâsıladan (GSMH) daha yavaştır (van der Hoeven ve Lübker, 2005). Daha çok Sahra-Altı Afrika hakkında yazan Collier, en altta dahi, küresel değer zincirlerine bütünleşme yoluyla ihracata dayalı kalkınma stratejileri üzerindeki kısıtlılıkları dile getirmektedir. Ona göre Asya, diğer düşük ücretli üreticilerle yarışmadan ve "OECD ülkelerindeki mevcut yarışta işçi ücretleri konusunda 40'a 1 oranında avantajla" sanayileşmeye başlamıştır. Ancak, dünyada üretimin yeniden düzenlenmesiyle bugün benzer stratejileri izleyenlerin, yani hâlâ düşük işçi maliyetlerini rekabette en önemli avantajları olarak görenlerin, Asyalı üreticiler karşısında hiçbir avantajlı durumları yoktur (Collier, 2006, s.1437).

KÜRESEL EMEK PİYASALARI, "ESNEKLEŞME" ve ÇİN SENDROMU

Küresel meta zincirlerinin öneminin artması, sahici bir küresel emek piyasasının kademeli olarak ortaya çıkışını (World Bank, 1995) destekleyen bir örnektir. Diğer şeyler eşit olduğunda, küreselleşme ulusal ekonomiler içinde ve ulusal sınırlar arasında "nitelikli" ve "niteliksiz" işçiler arasındaki eşitsizlikleri arttırma eğilimindedir (bkz. Rama, 2003, s. 169 – 71; Somavia, 2006). Sanayileşmiş ülkelerde belki de bu olgunun en belirgin göstergesi, niteliksiz işçilere talebin ve bu işçilerin ücretlerinin hızla düşmesidir (Nickel ve Bell, 1995; Wood, 1998).[4] Ekonomistler arasındaki tartışmanın çoğu, küreselleşmenin (ya da bazen ticarete açılmanın) ve teknolojik değişimin (bir değerlendirme için bkz. Chusseau, Dumont ve Hellier, 2008) göreli katkıları üzerinedir. Varılan uzlaşmaya göre yanıt, ülke veya bölge bağlamına bağlı olarak ortaya çıkan özgül katkılarla, "her ikisi" şeklindedir (International Monetary Fund, 2007, s. 179). *Business Week*'te de belirtildiği gibi 1990'lardaki küçülmeye bağlı olarak ortaya çıkan işgücü kayıplarının nesnel olarak hangisine bağlı olduğunu ortaya çıkarmak gerçekten çok zordur: "Küresel bir ekonomi, Amerikan işverenleri alışıldık iş yönetiminden çekip çıkartarak, böyle bir değişimi talep etmektedir; buna hızla evrimleşen teknoloji izin vermektedir" (Hammonds, Kelly ve Thurston, 1994, s. 77). Şimdi Dünya Bankası, bunu kabul ederek, teknolojik yayılmayı küreselleşmenin dört kanalından biri olarak tanımlamaktadır (World Bank, 2007).

Bu arada, 1970 ve 2000 yılları arasında, Güney Kore, Singapur ve Tayland

[4] Literatürde genişçe kullanılmasına karşın, nitelikli ve niteliksiz çalışanlar arasındaki fark en azından iki nedenle hâlâ sorunlu olmaya devam etmektedir: (a) Geleneksel kullanımda sözkonusu görevlerin karmaşıklığına ilişkin açık bir ilişki görünmemektedir (Grossman ve Rossi-Hansberg, 2006 bir istisnadır). (b) Düşen ücret ve istihdam edilebilirliğin sorumluluğunu, üretim sisteminin niteliklerine ve bu niteliklerin etkilerine dikkati çekmek yerine, üstü kapalı bir şekilde birey üzerine yıkmaktadır.

gibi bazı Asya ekonomilerinde, ancak Latin Amerika *dışında*, satın alma gücündeki farklılıklara göre ayarlanan enflasyona göre düzeltilmiş üretim maliyetleri ABD seviyelerine yükselmiştir (International Monetary Fund, 2007, s.172). Üretim istihdamı (özellikle yüksek gelirli ülkelerde azalan bir orandır) tüm istihdamın yalnızca küçük bir oranıdır; bu nedenle bu rakamdan, genel emek geliri kalıpları hakkında bir tahminde bulunulamaz. Öte yandan, hepsinde olmasa da bazı yüksek gelirli ülkelerde, Dumenil ve Levy (2004)[5] tarafından çalışan zenginler olarak tanımlanan en yüksek ücretli çalışanların gelirlerindeki artış, gelirlerdeki dengesizliği artırmaktadır. Benzer bir kalıp şimdi Hindistan'da da ortaya çıkmaktadır (Felipe ve Hasan, 2005, s.24). Kanada ve ABD'de, gelir piramidinin komuta zirvelerinden bir basamak aşağı inildiğinde dahi, piramidin tepelerinde gelirler yükselmekte iken, aşağılarda gelirler sabit kalmakta ya da azalmakta olduğundan, emek gelirlerinde aranın açılması yönündeki güçlü eğilim devam eder (Mishel, Bernstein ve Allegretto, 2007; Yalnizyan, 2007). Bu uyumsuzluk kısmen de olsa şu gerçekle açıklanabilmektedir: Hem zengin hem de yoksul ülkelerde, benzer biçimde çalışan yoksullar normal olarak emek piyasasında fiyatı-kabullenen (ç.n.: ekonomik olarak bir alıcı ya da satıcının söz konusu bir malın uluslararası fiyatı üzerinde söz sahibi olmaması ve onun piyasa koşullarını değiştirememesi) durumundadır (Cormier ve Craypo, 2000); yapmaları gereken talebe göre daha fazla arz sunmaktır. Belli tarihsel dönemlerde, örgütlenme ve toplu sözleşme gücü ile bu dezavantajın üstesinden gelinebilmiştir. Ancak, bu bölümde daha sonra sunulduğu gibi, küreselleşmenin birçok yönü bu gücü etkisizleştirmiş ya da ortadan kaldırmıştır. Bu arada küreselleşme, maliyeti nedeniyle girmenin güç olduğu ilerileri seviye eğitim yoluyla kazanılan piyasa değeri yüksek becerileri olan ("beşeri sermeye") emek-pazarı katılımcılarına yeni fırsatlar sağlamaktadır. Emek piyasasının bu dilimi, iş için işçiler arasında rekabet niteliği taşımaktan çok, sınırlardan görece kolay hareket edebilen yetenek için işverenler arasında rekabetle tanımlanır (en azından çokuluslu kuruluşlar içinde).

Küresel ekonomik bütünleşme ve küresel emek-gücü genişlemesi, hemen hemen tamamen birleşerek birçok işçinin ekonomik güvencesi üzerine olumsuz etkileri olan emek-piyasası "esnekliği" için artmış baskılar yaratmaktadır. Uluslararası ilişkiler profesörü Robert Cox (1999) küreselleşmenin, istihdamın bütüncül, riskli ve istisnai biçimleri arasında bir bölünmeye yol açtığını öne sürmektedir. Bu sınıflandırma, istihdamın sıklıkla sürekli bir akış içinde olan üretim ağları içindeki coğrafi konumundan çok, istihdam ilişkilerinin karakterine odaklandığı için değerlidir. Sanayileşmiş ülkeler içinde Cox'un sınıflandırması, 1990'larda Birleşik Devletler şirketlerinin küçülmesi ve bununla ilişkili olarak geçici veya taşeron istihdam ilişkilerinde artış üzerine bir çalışmayla geçerlilik

[5] Benzer sonuçlara ulaşan emek geliri eğilimleri tartışmaları için bakınız Kerstetter, 2002; Saez ve Veall, 2005; Saez, 2005.

kazanmıştır (Hammonds et al., 1994; Uchitelle et al., 1996; DiTomaso, 2001). Örneğin General Motors, Detroit'teki fabrikasındaki işçileri, orta batıdaki iki kasabada yaşayan, evde çalışan, daha düşük ücret alan ve asgari sosyal güvenceyle parça başı çalışan işçilerle değiştirmiştir (Gringeri, 1994). Daha yakın bir geçmişte, Birleşik Devletler'in güneyindeki firmalar, düşük ücretle ve neredeyse sonsuz esneklikte çalışan Latin göçmenler sayesinde rekabette bir avantaj kaynağı bulmuşlardır (Smith ve Winders, 2008). Latin Amerika'da bu durum, 1997 yılında Brezilya, Şili, Kolombiya, Kosta Rika, El Salvador, Meksika, Panama ve Venezuela'da yapılan bir çalışma ile ortaya konmuştur: "işçilerin çalışma alanlarına göre dağılımı, gelirlerdeki inatçı ve kararlı kutuplaşmanın temelini oluşturmaktadır". Buna göre, hizmet sektörü, tarım, reklam ve sanayide çalışan düşük ücretliler, işçilerin %74'ünü, teknik ve idari çalışanlar %14'ünü, yüksek gelirli uzmanlar ve yöneticiler ise çalışanların %9'unu oluşturmaktadır (United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2000, s. 61-91; Güney Afrika'da benzer bir analiz için bkz. Webster, 2005). Küreselleşme ile bağlantı, ülkeler ve bölgeler arasında değişse de bu verilerin Birleşmiş Milletler Latin Amerika ve Karayipler Ekonomik Komisyonu (ECLAC) tarafından yorumlanması, "dünya ekonomisinde rekabetçi katılım gereksinimini" emek piyasasının kuralsızlaştırılmasına, esnekliğin artmasına ve ekonomik güvencesizliğin büyümesine bağlamaktadır (United Nations Economic Commission for LA and the Caribbean, 2000, s. 93-102). Emek piyasaları açıkça gelir eşitsizliği seviyelerine katkıda bulunmaktadır; öyle ki yüksek gelirli hane halklarının emek gelirlerinin Asya çalışmalarında yaygın olarak eksik bildirilmesine rağmen, gelir eşitsizliği birçok Asya ekonomisinde Latin Amerika'daki seviyelere yükselmektedir (Development Indicators and Policy Research Division, 2007).

Hindistan, Çin ve geçiş sürecini yaşayan ülkelerin küresel ekonomiyle bütünleşmesi küresel emek gücü boyutunu 1990 öncesine göre kabaca iki kat arttırırken, küreselleşmenin emek piyasası gelirlerine etkisi belirgin bir şekilde artacaktır (Freeman, 2007). Araştırma literatürü, etkileri yorumlamakta çelişki içindedir. Bazı yorumcular bunun ücretler üzerine uzun dönemde dünya çapında azaltıcı baskı yapacağını iddia etmektedirler ki zaten bu gerçekten böyle olmaktadır (Woodall, 2006; Freeman, 2007). Alternatif bir bakışa göre, Çin'e benzeyen ekonomilerdeki ücret enflasyonu – ki bu enflasyon halen belli işçi kategorilerinde gözlenmektedir – "düşük gelirli ülkelerin, yükselmekte olan büyük ülkelerdeki üreticiler tarafından terk edilen düşük beceri gerektiren etkinliklere doğru yönelmeleri için boşluk yaratacaktır" (World Bank, 2007, s. 102). Tartışmaya açık olmakla birlikte bu kayma şu anda bile yaşanmaktadır; üretim Meksika'dan Çin'e, hatta Çin'e seçenek olarak gelişen Vietnam'a kaymaya başlamıştır (York, 2005; Bradsher, 2008). Ancak, en azından en son örnekte, Meksika'da üreticilerin ger-

çekten düşük beceri gerektiren işler alanını değer zincirinde yukarı çıkarak "boşalttığı" kesin olmaktan çok uzaktır. Birçok Meksikalı işçi, ilgili küresel emek piyasalarına göre ücretlendirilmiş olabilirler (Parrado, 2005).

Dünya Bankası'nın 2007'de yayınladığı *Küresel Ekonomik Beklentiler (Global Economic Prospects)* raporu, emek piyasası eğilimlerinin küresel çapta orta sınıf genişlemesini alevlendireceğini öngörmüştür, ancak aynı zamanda küreselleşmenin emek piyasasına etkilerinin "niteliksiz emeği" çok gerilerde bırakarak 2030 yılına kadarki dönemde gelişmekte olan dünya nüfusunun %86'sını oluşturan ülkelerde ekonomik eşitsizliği arttıracağını tahmin etmektedir (World Bank, 2007, s. 67-100). Dünya Bankası ulusal sınırlar içinde ve arasında gelir dağılımının emekten sermayeye kaymasının potansiyel etkisini göz ardı ettiğinden, belirtilen zaman diliminde, ekonomik eşitsizliklerdeki gerçek artışın kesinlikle azımsandığı tahmin edilebilir. Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund – IMF), 1980'lerin başından beri küreselleşmenin bir sonucu olarak yüksek gelirli ülkelerde ulusal gelir içinde emek payının açık bir şekilde azaldığını tanımlamaktadır (International Monetary Fund, 2007, s. 166-69). 1980'lerin başı ve 2006 arasında G7 ülkelerinde şirket kârları, ulusal gelirin %11'in biraz üzerinden %15,5'e yükselirken, işçilerin çoğu için gerçek işçi ücretleri aynı kalmış ya da azalmıştır (Woodall, 2006, s. 6-7). Meksiko şehrinde endüstri dünyası dışındaki ücretlere giden GSMH oranı 1976'daki %40'tan 2000'de %18,9'a düşmüştür. Bu dönem küresel ekonomiye hızlı bütünleşme ve iki büyük ekonomik kriz dönemidir (Palma, 2006, s. 15-16). Meksika olgusu belki uç bir olgudur, ancak yine de sermayenin emeğe göre artmış hareketliliği ve bu nedenle artmış pazarlık gücünün yarattığı etkiye örnektir.

CİNSİYET VE ENFORMELLEŞME

Makroekonomik politikanın diğer yönlerinde olduğu gibi (Elson ve Cagatay, 2000), erkekler ve kadınlar küreselleşmenin emek piyasalarına etkilerini farklı yaşamaktadırlar. Genelde küreselleşme, kadınların daha düşük ücretlerle, daha az arzu edilen ve daha güvencesiz işlerde çalıştırılmaya eğilimli olduğu bir toplumsal cinsiyet hiyerarşisinin yeniden üretilmesine eşlik eder (Mills, 2003). Küreselleşme bazı durumlarda, örneğin dışsatım yönelimli sanayilerde yeni istihdam fırsatları yaratarak, kadınlar için ekonomik kazanımlara ve toplumsal güçlenmeye yol açmıştır. "Gerçek şu ki, dışsatıma yönelik sanayide çalışmak birçok kadın için yerli ekonomide yer alan diğer çalışma alternatiflerden (veya hiç çalışmamaktan) daha iyidir" (Barrientos, Kabeer ve Hossain, 2004, s. 2; aynı zamanda bkz. Kabeer, 2004a, 2004b; Chen, Vanek, Lund ve Heintz, 2005). Güney Kore, Çin, Meksika, Mauritius, Güney Afrika ve Hindistan gibi dışsatım istihdamının genişlemesinin (sıklıkla İÜİB'lerinde) ekonomik politikalarla desteklendiği

ülkelerde yapılan dışsatım yönelimli istihdam ve sosyal politika üzerine karşılaştırmalı bir çalışmada, kadınların ekonomik kazanımları hem emek gelirleri, hem de işle ilgili olarak sosyal güvenliğe hak kazanmaları bakımından tanımlanmıştır (Razavi, Pearson ve Danloy, 2004, s. 25). Ancak bu kazanımlar, ekonomik krizler ve sistemik, küreselleşmeyle ilişkili "emek piyasası 'esnekliği' ve mali kısıtlama" baskılarına orantısız şekilde duyarlıdır (Razavi ve Pearson, 2004, s. 25). Aynı zamanda, ortaya çıkan yeni istihdam biçimlerinin kadınlar için fırsatlar yarattığı durumlar ile kadınların düşen reel ücretler, artan ekonomik güvencesizlik ve örneğin sağlık bakımı ve çocukların eğitimi için ödenen kullanıcı ücretleri biçimlerinde ortaya çıkan hanehalkı üzerindeki yeni mali talepler nedeniyle dışsatıma yönelik üretimde işe girmekten başka seçeneklerinin olmadığı durumlar arasındaki farkı göz önüne almak önemlidir (Shaw, 2007; Razavi, 2007). Çalışmanın sağlık üzerine etkileri ise başlı başına ayrı bir konudur: örneğin, Bangladeş'te kadınların "tekstil fabrikalarında uzun süre çalışması beklenemez. Gerçekten de uzun saatler çalışmanın sağlıkları üzerine etkileri dikkate alındığında, böyle bir işi uzun süre yapabilmeleri olanaklı değildir" (Kabeer ve Mahmud, 2004, s. 151).

Toplumsal cinsiyet hiyerarşisinin daha ileri bir görünümü "küresel bakım zincirlerinin" ortaya çıkmasıdır; bunlar, kazanımların yüksek oranda eşitsiz dağılmasında olduğu gibi görev bölüşümü bakımından meta zincirlerine eşdeğerdir. Böyle küresel bakım zincirlerindeki vazgeçilmez iş, büyük çoğunlukla kadınlar tarafından yapılmaktadır (Yeates, 2005, 2005). "İÜİB'lerinde cisimleştirilmiş emek ihracı yoluyla sınırlar-arası sunumu veya bilgi teknolojisi hizmetinin dışarıdan sağlanmasını arttıran benzer süreçler, aynı zamanda uluslar arası göç yoluyla bakım işlerinin sunumunu da arttırmaktadır" (Summerfield, Pyle ve Desai, 2006, s. 281; aynı zamanda bkz. Ehrenreich ve Hochschild, 2002; Misra, Woodring ve Merz, 2006; Pyle, 2006b). Bu nedenle başka ülkelere göçen kadınlarda ve ailelerinde sağlık etkileri yıkıcı olmaktadır. Buna uç bir örnek, giderek genişleyen ve kârlı olan seks işçiliği trafiğidir (Hughes, 2000; Drevland, 2004). Sassen'e göre, televizyon izleyicilerinin fark edebileceği türden bir zorlamayla olsun olmasın, bu gibi göçler bir "hayatta kalma döngüsü"nü somutlaştırmaktadır ve bu durum "yalnızca küresel güneyin derinleşen sefaleti" tarafından değil, aynı zamanda dünya ekonomisinin komuta merkezleri olan "küresel şehirlerde" düşük ücretli çalışmaya olan talebin genişlemesi gibi bir çekim faktörüyle yönlendirilmektedir (Sassen, 2002; arka plan için bkz. Sassen, 2006). Söz konusu işler yalnızca bakım hizmetlerini değil, küreselleşmenin kazananları için otel çarşaflarını değiştirmeyi, restoranlarda yemek hazırlamayı veya servis etmeyi, ofis binaları ve havalimanlarını temizlemeyi de içermektedir (Winerip, 1998; Herod ve Aguilar, 2006; McDowell, Batnitzky ve Dyer, 2008).

Küreselleşme ve emek piyasaları hakkındaki tartışmalar sıklıkla kayıtlı, üc-

retli ekonomide istihdam üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ancak, emek piyasalarında çalışan düşük-orta gelirli nüfusun çoğunluğu geçimlerini başka yollarla sağlamaktadır (Garcia, 2004; Chen, Vanek ve Heintz, 2006). Örneğin Hindistan'da işçilerin %92'si kayıtdışı istihdam edilmiştir; ya bireysel olarak kendi işine sahiptir ya da herhangi bir sözleşmeye bağlı olmaksızın, güvencesiz olarak çalışmaktadır (Chen et al., 2006; aynı zamanda bkz. Unni ve Rani, 2003; Lerche, 2007). Gelişmekte olan ülkelerde ise genel olarak "tarım dışı istihdamın %50-80'i kayıtdışıdır" (Chen et al., 2005, s.8). "Emek piyasasının giderek kayıtdışısızlaşması, yeniden-dağılım sürecinin regresyonuna neden olmaktadır" (Beneria ve Floro, 2005, s. 12). Bunu emek piyasası esnekliği yoluyla üretim maliyetlerini düşürmek için rekabet, daha önce belirtilen mali krizler ve daha önce korumalı sektörlerdeki geçim olanaklarını ortadan kaldıran ithalat serbestisi yönlendirmektedir. Kayıtdışı çalışma, modernleşme sürecinin bir parçası olarak ortadan kalkmak bir yana, giderek önem kazanmaktadır. Özellikle küresel meta zincirlerinin en alt noktasında, kayıtlı ve kayıtdışı sektörler arasındaki sınır giderek bulanıklaşmaktadır ve küresel ekonomiye bütünleşmeyi hızlandırmak için ulusal hükümetler tarafından benimsenen politikalar sıklıkla kayıtdışılığı aktif olarak cesaretlendirmektedir (Lund ve Nicholson, 2003; Kudva ve Beneria, 2005; Beneria ve Floro, 2005). Dünyanın birçok bölgesinde emek piyasalarındaki toplumsal cinsiyet hiyerarşisi kayıtdışı sektöre uzanmaktadır: Kadınlar orantısız derecede yüksek olasılıkla kayıtdışı sektörde çalışmakta; insanları kayıtdışı sektörde çalışmaya iten ekonomik krizler gibi yapısal ekonomik değişikliklerin etkilerine karşı orantısız bir şekilde daha savunmasız kalmakta; daha düşük ücretle ve daha az yasal ve sosyal güvence altında çalışmaktadırlar.

Bununla beraber ve daha önemlisi kadınlar, hem varsıl hem de yoksul ülkelerde ücretsiz olarak ev işlerinin bütün yükünü taşımayı sürdürmektedirler. ILO için hazırlanmış bir değerlendirmede üretimin küreselleşmesinin toplumsal cinsiyet boyutları ile ilgili olarak şu sonuca ulaşılmıştır: "Kadınların küresel ekonomiye tam birer ekonomik aktör olarak katılmalarındaki en önemli engel, kadınların evdeki sorumluluklarıdır ve birçokları için çocuk bakımı yükümlülükleridir. Çocuk bakma kısıtlaması, görünüşe göre, tersi durumlarda çok farklı olabilecek bağlamlar arasında iş görmektedir." (Barrientos et al., 2004, s. 13). Bu yargı birçok diğer araştırma ile, özellikle Heymann tarafından 8 ülkede 55.000 evde ve 1.000'den fazla derinlemesine görüşme ile yapılan çalışmayla desteklenmektedir (Heymann, 2006). Kuşkusuz kadının emek piyasasına katılma becerisini geliştirmek toplumsal cinsiyet hiyerarşisini yok etmeyecektir ve sorun küresel ekonomiye "katılmaktan" çok cinsiyet hiyerarşisinin katılım koşullarını nasıl yapılandırdığıdır (Bkz. örneğin Buechler, 2002; Sassen, 2002). Bu nedenle ev emeği/çocuk bakımı ile ilgili politikaların gözden geçirilmesi ge-

reklidir, ancak bu değerlendirme kayıtlı ekonomideki işlere erişim ve bunun sağladığı yararlar konusunda toplumsal cinsiyetler arasında var olan eşitsizlikleri azaltmada yeterli olmayabilir.

KÜRESELLEŞME VE EMEK STANDARTLARI

Buraya kadar sunulmuş olan analizlerle görünüşte çelişen bulgular ise Neumayer ve De Soysa'nın uluslar arasında karşılaştırmalı çalışmaları ile ortaya konmaktadır. Neumayer ve De Soysa, küreselleşme ile ILO'nun 1998 yılında yayınladığı İş Yaşamında Temel İlkeler ve Haklar Bildirgesi'nde belirlenen çekirdek emek standartlarına (örgütlenme özgürlüğü ve toplu pazarlık, çocuk emeğinin yasaklanması, zorla çalıştırma veya angaryanın ortadan kaldırılması, istihdamda ve meslekte ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına)[6] uygun hareket etme ile küreselleşme arasındaki ilişkiyi ele almışlardır. Bu çalışmalar, genelde ticarete açık olma ve doğrudan yabancı yatırımını (DYY) ölçüt olarak alan küresel ekonomik bütünleşmenin olumsuz etkilerini ortaya koymakta başarısız olmuşlardır (Neumayer ve De Soysa, 2005, 2006, 2007). Yapılan çalışmada ticarete açık olma, kadınların ekonomik haklarına saygının artması, zorla çalıştırma sıklığının daha düşük olması ile (Neumayer ve De Soysa, 2007) ve örgütlenme özgürlüğü ve toplu pazarlığa saygının daha da artması ile (Neumayer ve De Soysa, 2006) ilişkilidir; daha yüksek düzeyde bir DYY ile çocuk işçiliğindeki azalma ilişkilidir (Neumayer ve De Soysa, 2005) ve küreselleşmenin emek standartlarını düşürdüğüne ilişkin "dibe doğru yarış" (ç.n.: sosyo-ekonomik bir kavramdır ve uluslararasında, belirli bir ticaret veya üretim alanında yaşanan rekabetin sonucunda ülkelerin mevcut düzenlemelerinden tavizler vererek işgücü maliyetlerini düşürme çabalarını ifade eder) hipotezine dair hiçbir istatistiksel destek bulunmamıştır. Aynı zamanda yazarlar elde ettikleri bulgulardan çıkarsanacak sonuçların kısıtlı olduğuna vurgu yapmışlar; toplu sözleşme ve dernekleşme hakkı gibi üretim süreçlerinden bağımsız değişkenlere bakarak küreselleşmenin yararlı olduğu gibi bir sonuç çıkartılamayacağını belirtmişlerdir. Neumayer ve De Soysa'ya göre "küreselleşme, bir olasılık veya belki, sermayenin sözleşme gücünü artırarak, ücret, çalışma saatleri ve diğer çalışma koşulları gibi çıktılarda kötüleşmeye neden olabilir..." (2007, s. 1532).

1986-2002 yılları arasında gelişmekte olan 90 ülkede, DYY ile kollektif emek haklarına saygı ilişkisi konusunda yapılan bir diğer çok uluslu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışma, DYY akışı ile emek haklarına saygı arasında pozitif bir korelasyon bulmuş, ancak Neumayer ve De Soysa'nın,

[6] Bu standartlara bir giriş Asya Kalkınma Bankası (2006) tarafından ve bunların tarihsel arkaplanının eleştirel bir değerlendirmesi Alston (2004) tarafından sağlanmıştır.

aksine, serbest ticarete ilişkin "dibe doğru yarış" hipotezinin kısmen desteklendiği saptamıştır. Aynı zamanda, pozitif bir bölgesel etkinin, DYY ve ticaretin etkisinden daha büyük bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Diğer bir söylemle, aynı coğrafi bölgede yer alan gelişmekte olan ülkelerde emek haklarına saygı düzeyi benzerlik gösterme eğilimindedir (Mosley ve Uno, 2007). Birçok meta zincirinde üretim ve yatırım için rekabetin tamamen küresel özelliklerinden ziyade bölgesel özelliklerinden etkilenmesi nedeniyle böyle bir şey beklenebilir. Çalışmanın değeri, her türden emek standardı ihlalinin tek bir ihlal olarak kabul edildiği bir puanlama sistemi tarafından sınırlanmaktadır. Çoklu veri kısıtlılığı ve tekil ülkelerin dünya ekonomisiyle nasıl bütünleştiğinin daha özgül tanımlanmasına gereksinim olduğu, yazarların kendisi tarafından belirtilmektedir. Sonuç olarak çalışmaların hiç birisi, birçok bağlamda küresel emek piyasasının "eşitsizleyici" dinamiğine (Birsdall, 2006, s. 8) karşı ne ILO'nun çekirdek standartlarının, ne de diğer emek piyasası politika inisiyatiflerinin yeterli olacağı olasılığından söz etmektedir.

Emek piyasası çıktılarına yönelik yapılan ulusal düzeydeki çalışmalarda, özellikle Rudra'nın (2005) 1972-1997 yılları arasında, gelişmekte olan 59 ülkede üretim üzerine yaptığı çalışmada ve bir dizi ülke ve bölgeye özgül çalışmada bu son varsayım desteklenmektedir (aynı zamanda bkz. Rama, 2003, s.169–71). Güney Kore'de küreselleşme, özellikle 1997-1998 mali krizinin etkileri, sendikal etkinliklerin yoğunlaşmasına ve sonuçta emeğin pazarlık gücünde artışa ve bununla ilişkili olarak işçi haklarında ve sosyal koruma programlarında hızlı bir genişlemeye yol açmıştır (Kim & Kim, 2003; Lee, 2004). Başka bir gözlemci (Kong, 2005), Tayvan'da benzer bir emek piyasası reformu kalıbına değinmekte, ancak Tayvan ve Kore'nin neo-liberalizme meydan okumak yerine neo-liberalizmi benimsediklerini[7] vurgulamakta ve bu ülkelerin deneyimlerinin geniş ölçüde genelleştirilip genelleştirilemeyeceği konusuna kuşkuyla yaklaşmaktadır[8]. Daha önce belirtildiği gibi, birçok Asya ekonomisinde hangi değişiklik yapılırsa yapılsın, ekonomik eşitsizliklerin artmasının önüne geçilememiştir. Latin Amerika'da çalışma yasasında yapılan emekten yana değişikliklerin, gecikmeli de olsa yasanın uygulanmasına yönelik kaynaklarda bir artış yapılsa bile, küreselleşmenin yarattığı emek hareketliliğinin zorluklarını dengelemekte başarısız olduğu gözlenmiştir – özellikle küresel meta zincirlerinin karakteri olan dışarıdan hizmet alımı, esneklik ve üretimin parçalanması için bas-

[7] Gerçekten, 1997'nin hemen sonrası Kore ekonomik politikalarının çoğu, UPF koşullarının şartları tarafından yönlendirilmiştir (Crotty ve Lee, 2005; Hundt, 2005; Moore, 2007, bölüm 4).

[8] Bu iki ülkede emek eylemliliğinde demokratikleşme sonrası artışların, sermaye birikiminin kolaylaştırıldığı, emeğe karşı acımasız baskıcı politikaların güdüldüğü uzun bir otoriter hükümet dönemini izlediğinin belirtilmesi de değerlidir (bkz. Örneğin Deyo, 1989; Amsden, 1990; Minns, 2006; Moore, 2007, Bölüm 3).

kılar karşısında (Anner, 2007, 2008; Hersberg, 2007). Sonuç olarak, en azından Lee'ye (2005) göre, yüksek gelirli ülkelerde olduğu gibi, sanayi üretiminin yeniden düzenlenmesinin bir sonucu olarak, bir sendika tarafından temsil edilen işçilerin oranı üretim alanında bile hızla düşmektedir. Dahası, "esnek çalışma rejimi, işçiyi bütüncül kolektif bir aktör olarak gören geleneksel model ile tümüyle zıttır" (Hershberg, 2007, s. 170).[9] Benzer şekilde, sendikal eylemleri bir efsane olan Mozambik, Zambiya ve Güney Afrika gibi Afrika ülkelerinde bile sendikal etkinlik ve kayıtlı çalışma azalmış, özelleştirme hız kazanmıştır (Pitcher, 2007). Bu bölüm kapsamlı bir değerlendirme olmaktan çok uzaktır, ancak giriş bölümünde de belirtildiği gibi, sağlığın sosyal belirleyicilerinin, altını oyan emek piyasası çıktıları kapsamında, küresel ekonomik sistemdeki temel "asimetrilerden" kaynaklandığını ve politika müdahalelerine oldukça dirençli olacağını savunmaktadır.

KAMUSAL POLİTİKALAR VE SAVUNUCULUK İÇİN ÇIKARIMLAR

Her nasıl ölçülürse ölçülsün, sağlıkta eşitsizliği azaltma sürecinin bir parçası olarak yoksulluğun azaltılması gerektiği kabul edilirse, emek piyasası konusu, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde küreselleşmenin etkilerini inceleyen her çalışmanın merkezinde yer almalı ve kalkınmada ve sağlık politikasında açıkça belirtilmelidir. Ancak uluslararası platformda yoksulluğun azaltılması için istihdam popüler değildir. İlk Binyıl Kalkınma Hedefi olan aşırı yoksulluk ve açlığı yok etme hedefi altında istihdam, ne bir hedef, ne de göstergedir. Ekonomi ve kalkınma politikasının ana konusu "istihdamı eski haline getirmek" olmalıdır. Birçok durumda bu, yoksulluğu azaltma ve hakkaniyet ile sözde ilgili hükümetlerin dahi Güney Afrikalı bir gözlemcinin sözleriyle "berbat kalkınmaya ve mükemmel makroekonomik çıktılara" (Streak, 2004) neden olan politikaları izlemelerine yol açan uluslararası ekonomik politika ortamının zorlayıcı unsurlarını gerektirecektir. Bu baskılar, yalnızca IMF'nin birincil bütçe fazlaları ve büyüme pahasına dahi çok düşük enflasyon hızlarında ısrar etmesi gibi borç verenlerin şartlarını değil, aynı zamanda yatırımların azalması ve sermayenin kaçması gibi tehditleri içermektedir (Bkz. Bölüm 5). Birinci kısıtlama, ikincisine göre politik girişimlere daha açıktır. "Sermayeyi ulusal sınırlarda tutmak" (Bond, 2001, bölüm 12) çok çekicidir, ancak bu yaklaşımı benimseyen bir ülke kendisini küresel

[9] Emektar Belçikalı politikacı Frank Vandenbroucke yüksek gelirli ülkelerde benzer bir dinamiğin yürürlükte olabileceğini iddia etmektedir: "Oldukça belirgin ücret eşitsizliklerinin açıklayıcı bir etmeni olarak becerinin daha da önem kazanması ölçüsünde, böyle eşitsizlikler daha da "biyografik" bir nitelik kazanmaktadır: Kişinin özgeçmişiyle ve yeterlilikleriyle, geleneksel olarak sınıf şeklinde anlaşılandan daha ilişkili görünmektedirler" (Vandenbroucke, 1998, s.47).

üretim ağlarının ve DYY yarışının dışında bulabilir ve kendisini izole etmenin yıkıcı sonuçlarını göze alır.[10]

Ancak dengeyi, hakkaniyet perspektifine göre daha elverişli olan emek piyasası çıktıları lehine değiştirmek için kullanılabilecek politika araçları mevcuttur. Bunlardan bir tanesi, ulusal hükümetlerin yerine getirmek zorunda oldukları "Çok Taraflı Borç Yardım Girişimi'nde (Multilateral Debt Relief Initiative) (bkz. Bölüm 7) borç hafifletme ve kalkınma yardımının başka biçimleri için bir önkoşul olarak yer alan "Yoksulluğu Azaltma Strateji Belgeleri" (YASB – Poverty Reduction Strategy Papers) sürecidir. 2005 yılında yayınlanan Birleşmiş Milletler Kadınlar için Kalkınma Fonu raporunda 41 adet YASB incelenmiştir ve bunlardan 23'ünün istihdam ölçütü içerirken, ölçütlerin kayıtdışı ekonomideki tarım-dışı işçilerin çoğunluğu için en uygun ölçütler olmadığını ve "yalnızca beşinin istihdam için bir şekilde açık bir hedef koyduğu" (Chen et al., 2005, s. 20) tespit edilmiştir. İstihdam hedeflerinin ötesinde, çalışan yoksulların çıkarlarının ve durumunun da YASB'de açıklıkla yer alması önemlidir. Çocuk bakımı ile ilgili de bir politika söz konusudur. Çocuk bakımı hizmetlerine erişip erişememenin, kadınların emek piyasası fırsatlarından yararlanma yeteneğini yaşamsal olarak etkilediği bilinmektedir; bütün kadınlara ücretsiz veya en az maliyetle çocuk bakımına erişim sağlanmasına öncelik verilmelidir. Ülke bağlamına bağlı olarak bu, emek standartları ile ulusal hükümetlerin ve kalkınma yardımı sağlayanların yaptığı doğrudan harcamaların uygun bir bileşimi ile başarılabilir. Çocuk bakımı, kadınların küresel üretimdeki istihdama erişimlerini ve bu erişimin *koşullarını* iyileştirmeyi amaçlayan bir girişim kompleksinin bir öğesi olmalıdır (Barrientos ve Kabeer, 2004).

Daha önce de belirtildiği gibi ILO'nun çekirdek çalışma standartlarından diğer bir politika araçları dizisi türetilmiştir. En azından Alston'a (2004) göre bu standartlar, işe alındıkları sözleşmelerdeki emek *haklarına* açıkça daha fazla odaklananlara göre bir gerilemeyi temsil etmektedirler. Ancak bu durum, standartların genel anlamda dikkate alınmamasında o kadar önemli değildir. Birçok ülke buna uyum sağlamak için yalnızca sınırlı bir teşvik vermekte, hatta pazardaki ve yatırımdaki rakipleri uyum göstermiyorsa, onlar da uyum göstermemeyi yeğlemektedir. Aynı zamanda emek standartlarının uygulanmasının uluslararasılaştırılması önerileri de çelişkilidir: Örneğin; Basu (2005), "ahlaksız müdahalecilik" konusunda uyarıda bulunmaktadır. Kabeer (2004b, s.12), kısmen Bangladeş'te dışsatım yönelimli giyim endüstrisi üzerine yaptığı çalışmaya dayanarak, ticari anlaşmalarda emek standartlarını "sosyal maddeler" yoluyla piyasalara eri-

[10] Bu noktada ekonomik politika çıkmazı Crotty, Epstein ve Kelly (1998, s.12) tarafından tanımlanmıştır: "İlericiler sıklıkla DYY'yi yıkıcı bir güç olarak eleştirilerken, aynı zamanda birçok yoksul ülkenin gerçekten DYY çekemediğini yermektedirler. Bu savaşa girmek ve DYY almaktan daha kötüsü bu savaşa girmek ve DYY almamaktır".

şime bağlamanın, yoksul çalışanları "yoksullukları veya ülkelerinin yoksulluğu nedeniyle" cezalandırarak, özellikle işçilere yardım için tasarlanmasına rağmen onlara zarar verdiğini başarıyla öne sürmektedir. Geniş ölçüde, çocuk işçiliği konusunda, emek standartlarını piyasaya erişime bağlamanın istenmeyen sonuçlarına ilişkin benzer iddialarda bulunulmuştur (Cigno, Rosati ve Guarcello, 2006).

Bir başka bir iddia da eşitsizlikleri azaltmada çalışma standartlarının etkisizliği konusundadır (Rama, 2003). Ancak kaynakçada yer alan Rama tarafından kullanılan veri seti, ILO sözleşmelerinin benimsenmesi ile etkin uygulanması arasında bir ayrım yapmamaktadır. Rama, böyle sözleşmelerin içerdiği standartların eşitsizliği azaltmadaki etkisinin çok az olduğu veya hiç etkili olmadığı; "geleneksel toplumsal koruma araçlarının", her ne kadar bu araçların daha yaygın ve eşitlikçi kullanımının desteklenmesi gerekse de etkili olduğu sonucuna ulaşmaktadır (bkz. Bölüm 6). Benzer bir şekilde Kabeer (2004b, s.5), "küresel dayanışma ruhunun" böyle maddeler önermekte motive edici olduğunu kabul ederek, bunların "uluslararası emek hareketinin, her vatandaşın, emek piyasası durumuna bakılmaksızın, temel gereksinimlerini koruyacak evrensel ve toplumsal bir zemin için kampanya yapması halinde daha iyi hizmet edeceğini" iddia etmektedir.

Sosyal zeminler ve emek standartları bir birini tümüyle kapsamazlar ve "kurumsal hayal gücündeki yoksunluktan ötürü ticaret politikası ile emek standartları arasındaki bağlantı üzerine yapılan tartışma dar bir çerçeveye sıkışmıştır" (Barry ve Reddy, 2006, s. 627). Barry ve Reddy emek standartlarının tek taraflı uygulanmasının (örneğin, ticari yaptırımlar yoluyla) gayrımeşru olduğu; fakat (a) ülkeler arasında adil bir pazarlık sistemini takiben emek standartları ile piyasaya erişim bağlantısının meşru olduğu, (b) uygulanabilirliği ve etkinliğe ilişkin itirazların üstesinden gelebilecek ve Dünya Ticaret Örgütü'nü (DTÖ)[11] de kapsayan bir kurumsal çerçeve tasarlamanın idari olarak uygulanabilir olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu arada, böyle bir çerçevenin hem meşru hem de uygulanabilir olması için; yüksek gelirli ülkeler tarafından emek standartlarının fırsatçı bir şekilde korumacı bir yaklaşım halinde uygulanmasını önlemesi; zengin ülkelerin çekirdek emek standartlarına riayet ederek yoksul ülkelerin üzerine kalan yükün paylaşılması gibi mekanizmaları barındırması gereklidir. Özellikle kalkınmakta olan ülkelerdeki elitlerin böyle bir mekanizmadan çok şey yitireceğini ve ülke içinde bunun için politik destek oluşturma çabalarına direneceklerine (örneğin bkz. Wise ve Cypher, 2007) ilişkin tartışmaların ya da politik-ekonomiden köken alan itirazların zenginliğini ele alabilmek için yeterli yerimiz yok. Ancak tartışmaların, emek piyasaları üzerinden sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak için yaptıkları potansiyel katkılara dayanan böyle bağlantılara yeniden dikkat çekmeye ye-

[11] Bugün dünya ekonomilerinin çoğunun DTÖ üyesi olması nedeniyle yıkıcı bir alışveriş potansiyeli azalır.

tecek kadar güçlü olduklarını söylemek yeterlidir.

Bunlar ve diğer politika yönelimleri hakkındaki tartışmalar, emek piyasalarına ve bunların etkilerine dair birbirini dışlamasalar bile farklı iki yaklaşıma temel teşkil eden değerlere atıf yapılarak daha iyi anlaşılabilir. Bir yaklaşım, emek piyasasına doğrudan ya da dolaylı olarak (örneğin, eğitime için kamusal harcama biçiminde) müdahalenin asıl amacını, piyasanın başarısızlıklarını düzeltmek olarak ele alır. Bu yaklaşım, Dünya Bankası'nın ulusal ve alt-ulusal hükümetlerin emek piyasalarının daha eşitlikçi işlemeleri için alabileceği tedbirler envanterinde (World Bank, 2005, s.186-93; World Bank, 2007, s.125-33) örneklenmiştir. Bu envanterler, yararlı bir başlangıç noktasını temsil etmelerine karşın, sıklıkla amaçları çok dar bir biçimde ifade ederler ve piyasa başarısızlığı dışında kalan eşitlik amaçlarının potansiyel önemini ihmal ederler. Diğer bir deyişle, piyasalar mükemmel işleseler dahi amaçlar önemli olabilir ve politikanın dikkatini vermesini talep edebilir.

İkinci bir yaklaşım, eşitlik amaçlarını açıkça içerir ve emek piyasası politikalarını sağlığın sosyal belirleyicilerine erişimdeki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik daha geniş bir dizi müdahalenin bir parçası olarak ele alır. Gerçekte bu, Dünya Bankası'nın 2006 *Dünya Kalkınma Raporu*'nda üstü kapalı olarak benimsenen yaklaşımdır; örneğin, bu raporda erken çocukluk dönemi gelişim programları, tedaviye erişimde eşitliği arttırmak için sağlık bakımına ayrılan kamusal harcamalar ve istihdam gelirleri sağlamada kamusal çalışma programları insan kapasitesini geliştirme yetenekleri bakımından ele alınmaktadır (World Bank, 2005, s.132–55). Örneğin kayıtdışı sektördeki çok sayıda işçi bakımından emek piyasasını ve toplumsal koruma politikalarını, bir bütünün tamamlayıcı parçaları olarak görmek özellikle önemlidir. Böyle işçilere – daha önce belirtildiği gibi bazı kalkınmakta olan ülkelerde çalışan nüfusun çoğunluğunu oluşturan ve orantısızca kadınlardan oluşan – etkin bir toplumsal koruma sağlamak, iyi niyetli hükümetler ve aynı zamanda örgütlü emek için dahi zorlu bir mücadeleyi temsil eder.

KODA: SAĞLIK POLİTİKALARI TOPLULUĞUNUN ROLÜ NEDİR?

Emek piyasalarının SSB üzerindeki etkisi, büyük, düzensiz, geniş ölçüde sağlık bakanlıklarının görevi dışında (ve sıklıkla profesyonel yeterliliğin ötesinde) politika güçlükleri sınıfı özelliğindedir; ancak toplum sağlığında genişçe paylaşılan ve eşitlikçi gelişmeler sağlamak için ele alınmalıdır. Sağlık bakanlıkları, sağlık profesyonelleri ve sağlık alanındaki ajanslar ilgili politik tartışmalara katılmalıdırlar. Bunun kendisi bile zorlu bir iştir ve ulusal düzeyde, sağlığın yatırım aracı olarak görüldüğü ve uygun ortamların yaratıldığı devlet kurumlarında "temsiliyetin eşitlikçi olmayan yapısı" (Mahon, 1977) ile yüzleşmek durumun-

dadır. Küreselleşme bu ortamların daha da merkezi konuma taşınması için değişik baskı unsurları kullanır, gücün ve kaynakların ulusal düzeyde yeniden dağıtımını sağlar Cerny, 2000). SSB'yi iyileştiren politikaların doğrudan veya dolaylı yeniden-dağılımcı etkilerine direnmenin çıkar sağladığı yerli elitler ise bir başka engeli temsil ederler ve demokratik resmi yetki alanlarında bu politikaları destekleyen kararlı çoğunlukların ortaya çıkmasını engelleyebilirler veya gerçek ya da potansiyel sermaye kaçışı gibi yollarla veto uygulayabilirler. Emek piyasasının yerel politikalarına dair tatminkar bir karşılaştırmalı incelemenin kendine özgü bir tartışma gerektirmesine karşın, günümüzün yüksek gelirli ülkelerinde ve bazı diğer ülkelerde ekonomik dağılım üzerine emek ve sermaye arasındaki çatışmanın, tarihsel olarak çeşitli "toplumsal sözleşme" biçimleriyle veya ulusal sınırlarca sınırlanmış sınıf uzlaşmaları tarafından çözüldüğü belirtilmelidir. Küreselleşmenin etkisi, sermayenin (fakat çalışanların çoğunun değil) "kaçış" seçeneğinden yararlanmasını kolaylaştırmıştır (örneğin bkz. Bronfenbrenner, 2000).

Karşılaşılan bu güçlükler karşısında dahi, sağlık politikaları topluluğunun emek piyasasına ilişkin politikaların sağlık çıktılarını nasıl etkilediğini açıkça anlaması gerekir. Dünya Sağlık Örgütü Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu?nda görev aldığım otuz aylık süreçte, değişik dinleyicilere yoksulluğun neden ve nasıl insan sağlığına zarar verebileceğini anlattım; bu çok zorlu bir iştir. Yoksulluk ve özellikle yoksulluk ve toplumsal marjinalleşmenin diğer biçimlerinin insanları dünyanın en zengin ülkelerinde dahi yıktığının güçlü biyolojik kanıtları olmasına karşın zorlu bir iştir (Geronimus, Hicken, Kene ve Bound, 2006). Bu ilişkileri tümüyle anlamak ve özümsemek, geçerli politik değişiklikleri gerçekleştirmek için yeterli olmayabilir ama bu gereklidir, özellikle Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere bu konuyla ilgilenenlerin tümünün öncelik vermesi gereken bir konudur.

KAYNAKLAR

Alarcón-González, D., & McKinley, T. (1999). The adverse effect of structural adjustment on working women in Mexico. *Latin American Perspectives,* 26, 103-17.

Alston, P. (2004). "Core labour standards" and the transformation of the international labour rights regime. *European Journal of International Law,* 15, 457-521.

Amsden, A. (1990). Third World industrialization: "Global Fordism" or a new model. *New Left Review,* 182, 5-31.

Anner, M. (2008). Meeting the challenges of industrial restructuring: Labor reform and enforcement in Latin America. *Latin American Politics and Society,* 50, 33-65.

———. (2007). Forging new labor activism in global commodity chains in Latin America. *International Labor and Working-Class History,* 72, 18-41.

Appelbaum, R., & Lichtenstein, N. (2006). When your contract manufacturer becomes your competitor. *Harvard Business Review,* 84, 135.

Asian Development Bank. Retrieved from: http://www.adb.org/Documents/Handbooks/Core-

Labor-Standards/default.asp.

Bair, J., (2005). Global capitalism and commodity chains: Looking back, going forward. *Competition and Change,* 9, 153-80.

Bair, J., & Gereffi, G. (2002). NAFTA and the apparel commodity chain: Corporate strategies, interfirm networks, and industrial upgrading. In G. Gereffi, D. Spener, & J. Bair (eds.), *Free trade and uneven development: The North American apparel industry after NAFTA* (pp. 23-50). Philadelphia: Temple University Press.

———. (2003). Upgrading, uneven development, and jobs in the Horth American apparel industry. *Global Networks,* 3, 143-69.

Barrientos, S., & Kabeer, N. (2004). Enhancing female employment in global production. *Global Social Policy,* 4, 153-69.

Barrientos, S., Kabeer, N., & Hossain, N. (2004). *The gender dimensions of the globalization of production,* Working Papers No. 17. Geneva: Policy Integration Department, World Commission on the Social Dimensions of Globalization, International Labour Office.

Barry, C., & Reddy, S. G. (2006). International trade and labor standards: A Proposal for linkage. *Cornell International Law Journal,* 39, 545-640.

Basu, K. (2005). Global labour standards and local freedoms. In UNU-WIDER (ed.), *WIDER perspectives on global development* (pp. 175-200). London: Palgrave Macmillan.

Beneria, L., & Flora, M. (2005). Distribution, gender, and labor market informalization: A conceptual framework with a focus on homeworkers. In N. Kudva & L. Beneria (eds.), *Rethinking informalization: Poverty, precarious jobs and social protection* (pp. 9-27). Ithaca, NY: Cornell University Open Access Repositor. Retrieved from: http://hdl.handle.net/1813/3716.

Birdsall, N. (2006). *The world is not flat: Inequality and injustice in our global economy,* WIDER Annual Lecturs. Helsinki: World Institute for Development Economics Research. Retrieved from: http://www.wider.unu.edu/publications/annual-lectures-annual-lecture-2005.pdf.

Bond, P. (2001). *Against global apartheid: South Africa meets the World Bank, IMF and international finance.* Cape Town: University of Cape Town Press.

Boyenge, J. P. S. (2007). *ILO database on export processing zones* (revised), Working Papers No. WP 251. Geneva: International Labour Office. Retrieved from: http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/themes/epz/epz-db.pdf.

Bradsher, K. (2008, June 18). Labor costs rise, and manufacturers look beyond China. *New York Times.*

Bronfenbrenner, K. (2000). *Uneasy terrain: The impact of capital mobility on workers, wages, and union organizing.* Ithaca, NY: New YorkState School of Industrial and Labor Relations, Cornell University.

Brooks, E. (2007). *Unraveling the garment industry: Transnational organizing and women's work.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Buechler, S. J. (2002). *Enacting the global economy in Sao (aksan var a harfinde) Paulo, Brazil: The impact of labor market restructuring on low-income women.* PhD Gdraduate School of Arts and Sciences, Comulbia University.

Cerny, P. G. (2000). Restructuring the political arena: Globalization and the paradoxes of the competition state. In R. D. Germain (ed.), *Globalization and its critics: Perspectives from political economy* (pp. 117-38). Houndmills, UK: Macmillan.

Chen, M., Vanek, J., & Heintz, J. (2006). Informality, gender and poverty: A global picture.

Economic and Political Weekly, 41, 2131-39.

Chen M., Vanek, J., Lund, F., & Heintz, J. (2005). *Progress of the world's women 2005: Women, work and poverty.* New York: United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). Retrieved from: http://www.unifem.org/attachments/products/PoWW2005_eng.pdf.

Chen, S., & Ravallion, M. (2007). *Absolute poverty measures for the developing world, 1981-2004,* World Bank Policy Researc Working Papers No. WPS42211. Washington, DC: World Bank. Retrieved from: http://d.repec.org/n?u=RePEc:wbk:wbrwps:4211&r=ltv.

Chusseau, N., Dumont, M., & Hellier, J. (2008). Explaining rising inequality: Skill-biased technical change and North-South trade. *Journal of Economic Surveys,* 22, 409-57.

Cigno, A., Rosati, F. C., & Guarcello, L. (2006). Globalisation and child labour. In G. A. Cornia (ed.), *Harnessing globalisation for children: A report to UNICEF.* Florence: UNICEF Innocenti Research Centre. Retrieved from: http://www.unicef-irc.org/research/ESP/globalization/.

Collier, P. (2006). Why the WTO is deadlocked: And what can be done about it. *The World Economy,* 29, 1423-49.

Cormier, D., & Craypo, C. (2000). The working poor and the working of American labour markets. *Cambridgi Journal of Economics,* 24, 691-708.

Cox, R. W. (1999). Civil society at the turn of thi millennium: Prospects for an alternative world order. *Review of International Studies,* 25, 3-28.

Crotty, J., Epstein, G., & Kelly, P. (1998). Multinational corparations in the neoliberal regime. In D. Baker, G. Epstein, & Pollin (eds.), *Globalization and progressive economic policy* (pp. 117-43.). Cambridgi: Cambridge University Press.

Crotty, J., & Lee, K. (2005). From East Asian "miracle" to neo-liberal "mediocrity": The effects of liberalization and financial opening on the post-crisis Korean economy. *Global Economic Review,* 34, 415-34.

Cypher, J. M. (2001). Developing disarticulation within the Mexican economy. *Latin American Perspectives,* 28, 11-37.

———. (2004). Development diverted: Socioeconomic characteristics and impacats of mature maquilization. In K. Kopinak (ed.), *The social costs of industrial growth in Northern Mexico* (pp. 343-82). La Jolla, CA: Centre for US-Mexican Studies, University of California-San Diego.

Development Indicators and Policy Research Division, E. a. R. D. A. D. B. (2007). *Key indicators 2007: Inequality in Asia.* (vol. 38). Manila: Asian Development Bank. Retrieved from: http://www.adb.org/Document/Books/Key_Indicators/2007/default.asp.

Deyo, F. C. (1989). *Beneath the miracle: Labor subardination in the new Asian industrialism.* Berkeley: University of California Press.

Dicken, P. (2007). *Global shift: Reshaping the global economic map in the 21st century* (5th ed.). New York: Guilford Press.

Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. In M. Whitehead, T. Evans, F. Diderichsen, A. Bhujya, & M. Wirth (eds.), *Challenging inequites in health: From ethics to action* (pp. 13-23). New York: Oxford University Press.

DiTomaso, Ne. (2001). The loose coupling of jobs: The subcontracting of eveyone? In I. Berg & A. L. Kalleberg (eds.), *Sourcebook on labor markets: Evolving structures and processes* (pp. 247-70). New York: Plenum.

Donaghu, M., & Barff, R. (1990). Nike just did it: International subcontracting and flexibility in athletic footwear production. *Regional Studies,* 24, 537-52.

Drevland, R. A. J. (2004). *Trafficked women/fractured women: Russian women surviving in the "new global order."* M. A. Thesis, University of Northern British Columbia, Canada.

Duménil, G., & Lévy, D. (2004). Neoliberal income trends: Wealth, class and ownership in the USA. *New Left Review,* new series, 105-33.

Economist. (2004, April 17). How big can it grow?, pp. 67-69.

Edwards, B. (2004, November 13). A world of work: A survey of outsourcing. *The Economist.*

Ehrenreich, B., & Hochschild, A., eds. (2002). *Global woman: Nannies, maids, and sex workers in the new economy.* New York: Metropolitan Books.

Ekman, B., Liem, N. T., Duc, H. A., & Axelson, H. (2008). Health insurance reform in Vietnam: A review of recent developments and fture challenges. *Health Policy and Planning,* 23, 252-63.

Elson, D., & Cagatay, N. (2000). The social content of macroeconomic policies. *World Development,* 28, 1347-64.

Employment Conditions Knowledge Network. (2007). *Employment conditions and health inequalities: Finnal report to the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH).* Barcelona: Health Inequalities Research Group, Occupational Health Research Unit, Department of Experimental Sciences and Health, Universitat Pompeu Fabra. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf.

Felipe, J., & Hasan, R. (2005). Special chapter—labor markets in Asia: Promoting full, productive, and decent employment. In *Key indicators 2005: Labor markets in Asia: Promoting full, productive, and decent employment* (pp. 1-108). Manila: Asian Development Bank. Retrieved from: http://www.adb.org/documents/books/key_indicators/2005/default.asp.

Freeman, R. B. (2007). The challenge of the growing globalization of labor markets to economic and social policy. In E. Paus (ed.), *Global capitalism unbound: Winners and losers from offshore outsourcing* (pp. 32-40). Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.

Frey, R. S. (2003). The transfer of core-based hazardous production processes to the export processing zones of the periphery: The maquiladora centers of northern Mexico. *Journal of World-Systems Research,* 9, 317-54.

Frööbel, F., Heinrichs, J., & Kreye, O. (1980). *The new international division of labour.* Cambridge: Cambridge University Press. (Original German publication 1977).

Fussell, E. (2000). Making labor flexible: The recomposition of Tijuana's maquiladora female labor force. *Feminist Economics,* 6, 59-79.

Gallin, D. (2001). Propositions on trade unions and informan employment in times of globalisation. *Antipode,* 33, 531-49.

Garcia, N. E. (2004). Growth, competitiveness and employment in Peru, 1990-2003. *CEPAL Review,* 83, 81-100.

Gereffi, G., & Korzeniewicz, M., eds. (1994). *Commodity chains and global capitalism.* New York: Praeger.

Gereffi, G., & Memedovic, O. (2003). *The global apparel value chain: What prospects for upgrading by developing countries?* Vienna: United Nations Industrial Development Organization.

Gereffi, G., Spener, D., & Bair, J., eds. (2002). *Free trade and uneven development: The North*

American apparel industry after NAFTA. Philadelphia: Temple University Press.

Geronimus, A. T., Hicken, M., Keene, D., & Bound, J. (2006). "Weathering" and age patterns of allostatic load scores among blacks and whites in the United States. *American Journal of Public Health,* 96, 826-33.

Gringeri, C. E. (1994). Assembling "genuine GM parts": Rural homeworkers and economic development. *Economic Development Quarterly,* 8, 147-57.

Grossman, G., & Rossi-Hansberg, E. (2006). *Trading tasks: A simple theory of offshoring.* Retrieved from: http://www.princeton.edu/~grossman/offshoring.pdf.

Hammonds, K., Kelly, K., and Thurston, K. (1994, Oc tober 17). The new world of qork. *Business Week,* pp. 76-86.

Herod, A., & Aguilar, L., eds. (2006). The dirty work of neoliberalism: Cleaners in the global economy. *Antipode,* 38, 3.

Hershberg, E. (2007). Globalization and labor: Reflections on contemporary Latin Amercia. *International Labor and Working-Class History,* 72, 164-72.

Heymann, J. (2006) *Forgotten families: Ending the growing crisis confronting children and working parents in the global economy.* New York: Oxford University Press. Retrieved from:http://www.oup.com/us/catalog/general/subject/Sociology/OrganizationsOccupationsWork/~~/. cHI9MTAmcGY9MCZzcz1wdWjkYXRILmFzYyZzZj1jb21pbmdzb29uJnNkPWFzYyZ2aWV3PXVzYSZjaT0wMTk1MTU2NTk1.

Hughes, D. M. (2000). The "Natasha" trade: The transnational shadow market of trafficking in women. *Journal of International Affairs,* 53, 625-51.

Hundt, D. (2005). A legitimate paradox: Neo-liberal reform and the return of the satate in Korea. *The Journal of Development Studies,* 41, 242-60.

Huong, D. B, Phuong, N. K., Bales, S., Jiaying, C., Lucas, H., & Seegall, M. (2007). Rural health care in Vietnam and China: Conflict between market reforms and social need. *International Journal of Health Services,* 37, 555-72.

International Labour Organization. (2008). *Global employment trends-January 2008.* Geneva: ILO. Retrieved from: http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/download/get08.pdf.

International Monetary Fund. (2007). *Spillovers and cycles in the global economy: World economic outlook April 07.* Washington, DC: IMF. Retrieved from: http://imf.org/external/pubs/ft/weo/2007/01/index.htm.

Jenkins, R. (2005). *Globalization, production and poverty,* Research Paper No.2005/40. Helsinki, Finland: The World Institute for Development Economics Research.

Kabeer, N. (2004a). Labor standards, women's rights, basic nedds. In L. Beneria & S. Bisnath (eds.), *Global tensions: Challenges and opportunities in the world economy* (pp 173-92). New York and London: Routledge.

———. (2004b). Globalisation, labour standards ant women's rights: Dilemmas of collective (in)action in an interdependet world. *Feminist Ecomomics,* 10, 3-35.

Kabeer, N., & Mahmud, S. (2004). Rags, riches and women workers: Exportoriented garment manufacturing in Bangladesh. ıın M. Carr (ed.), *Chains of fortune: Linking women producers and workers with global markets* (pp. 133-64). London: Commonwealth Secretariat. Retrieved from: http://www.divinechocolate.com/shared_asp_files/uploadedfiles/F7284775-DFCD-447D-B79F-0CCE784FD654_ChainsofFortune.pdf.

Kaplinsky, R. (2004). Spreading the gains from globalization: What can be learned from value-chain analysis? *Problems of Economic Transition,* 47, 74-115.

Kerstetter, S. (2002). *Rags and riches: Wealth inequality in Canada.* Vancouver: Canadian Centre for Policy Alternatives. Retrieved from: http://www.policyalternatives.ca/documents/National_Office_Pubs/rags_riches.pdf.

Kim, D. O., & Kim, S. (2003). Globalization, financial crisis, and industrial relations: The case of South Korea. *Industrial Relations,* 42, 341-67.

Kong, T. Y. (2005). Labour and neo-liberal globalization in South Korea and Taiwan. *Modern Asian Studies,* 39, 155-88.

Kudva, N., & Beneria, L., eds. (2005). *Rethinking imformalization: Poverty, precarious jobs and social protection.* Ithaca, NY: Cornell University Open Access Repository. Retrieved from: http://hdl.handle.net/1813/3716.

Lee, C. S. (2005). International migration, deindustrialization and union decline in 16 affluent OECD countries, 1962-1997. *Social Forces,* 84, 71-88.

Lee, H. K. (2004). Welfare reforms in post-crisis Korea: Dilemmas and choices. *Social Policy and Society,* 3, 291-99.

Lerche, J. (2007). A global alliance against forced labour? Unfree labour, neo-liberal globalization and the International Labour Organization. *Journal of Agrarian Change,* 7, 425-52.

Lund, F., & Nicholson, J., eds. (2003). *Chains of production, ladders of protection: Social protection for workers in the informal economy.* Durban, South Africa: School of Development Studies, University of Natal. Retrieved from: http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2994/06/23/000160016_20040623105223/Rendered/PDF/28116.Pdf.

Mahon, R. (1997). Canadian public policy: The unequal structure of represantation. In L. Panitch (ed.), *The Canadian state: Political economy and political power* (pp. 165-98). Toronto: University of Toronto Press.

Martìnez, M. (2004). Women in the maquiladora industry: Toward understanding gender and regional dynamics in Mexico. In K. Kopinak (ed.), *The social costs of industrial growth in Northern Mexico* (pp. 65-95). La Jolia, CA: Centre for US-Mexican Studies, University of California-San Diego.

McDowell, L., Batnitzky, A., & Dyer, s. (2008). Internationalization and the spaces of temporary labour: The global assembly of a local workforce. *British Journal of Industrial Relations.* 46, 750-770.

Milberg, W. (2004). The changing structure of trade linked to global production systems: What are the policy implications? *International Labour Review,* 143, 45-90.

Mills, M. B. (2003). Gender and inequality in the global labour force. *Annual Review of Anthropology,* 32, 41-62.

Minns, J. (2006). *The politics of developmentalism: The Midas states of Mexico, South Korea and Taiwan.* Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.

Mishel, L., Bernstein, J., & Allegretto, S. (2007[prepublication version]). *The satate of working America 2006/07.* Ithaca, NY: Cornell University Press. Retrieved from: http://www.stateofworkingamerica.org/.

Misra, J., Woodring, J., & Merz, S. N. (2006). The globalization of care work: Neo-liberal economic restructuring and migration policy. *Globalizations,* 3, 317-32.

Moore, P. (2007). *Globalisation and labour struggle in Asia: A neo-Gramscian critique of South Korea's political economy.* London: Tauris Academic Studies.

Mosley, L., & Uno, S. (2007). Racing to the bottom or climbing to the top? Economic global-

ization and collective labor rights. *Comparative Political Studies.* 40, 923-48.

Nadvi, K. (2004). Globalization and poverty: How can global value chain research inform the policy debate? *IDS Bulletin,* 35(1), 20-30.

Neumayer, E., & De Soysa, I. (2005b). Trade openness, foreign direct investment and child labor. *World Development,* 33, 43-63.

———. (2006). Globalization and the right to free association and collective bargaining: An empirical analysis. *World Development,* 34, 31-49.

———. (2007). Globalisation, women's economic rights and forced labour. *The World Economy,* 30, 1510-35.

Nickell, S., & Bell, B. (1995). The collapse in demand for the unskilled and unemployment across the OECD. *Oxford Review of Economic Policy,* 11, 40-62.

Palma, J. G. (2006). *Globalizing inequality: "Centrifugal" and "centripetal" forces at work, ST/ESA/2006/DWP/35,* DESA Working Papers No. 35. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs. Retrieved from: http://www.un.org/esa/desa /papers/2006/wp35_2006.pdf.

Parrado, E. A. (2005). Economic restructuring and intra-generational class mobility in Mexico. *Social Forces,* 84, 733-57.

Pitcher, M. A. (2007). What has happened to organized labor in southern Africa? *International Labor and Working-Class History,* 72, 134-60.

Pyle, J. L. (2006a). Globalization and the increase in transnational care work: The flip side. *Globalizations,* 3, 297-315.

———. (2006b). Globalization, transnational migration, and gendered care work: Introduction. *Globalizations,* 3, 283-95.

Rama, M. (2003). Globalization and the labor market. *The World Bank Research Observer,* 18, 159-86.

Razavi, S. (2007). Does paid work enhance women's access to welfare? Evidence from selected industrializing countries. *Social Politics: International Studies in Gender, State Society,* 14, 58-92.

Razavi, S. & Pearson, R. (2004). Globalization, export-oriented employment and social policy: Gendered connections. In S. Razavi, R. Pearson, & C. Danloy (eds.), *Globalization, export-oriented employmentand social policy: Gendered connections* (pp. 1-29). Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.

Razavi, S., Pearson, R., & Danloy, C., eds. (2004). *Globalization, export-oriented employment and social policy: Gendered connections.* Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.

Ross, A., ed. (1997). *No sweat: Fashion, free trade, and the rights of garment workers.* London: Verso.

Rothenberg-Aalami, J. (2004). Coming full circle? Forging missing links along Nike's integrated production networks. *Global Networks-A Journal of Transnational Affairs,* 4, 335-54.

Rudra, N. (2005). Are workers in the developing world winners or losers in the current era of globalization? *Studies in Comparative International Development,* 40, 29-64.

Saez, E. (2005). Top incomes in the United States and Canada over the twentieth century. *Journal of the European Economic Association,* 3, 402-11.

Saez, E., & Veall, M. R. (2005). The evolution of high incomes in northern America: Lessons from Canadian evidence. *American Economic Review,* 95, 831-49.

Sassen, S. (2002). Global cities and survival circuits. In B. Ehrenreich & A. Hochschild (eds.),

Global woman: Nannies, maids, and sex workers in the economy (pp. 254-74). New York: Metropolitan Books.

Sassen, S. (2006). *Cities in a world economy* (3 ed.). Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.

Schrank, A. (2004). Ready-to-wear development? Foreign investment, technology transfer, and learning by watching in the apparel trade. *Social Forces,* 83, 123-56.

Selwyn, b. (2007). Labour process and workers' bargaining power in export grape production, North East Brazil. *Journal of Agrarian Change,* 7, 526-53.

Sepehri, A., Chernomas, R., & Akram-Lodhi, A. (2003). If they get sick, they are in trouble: Health care restructuring, user charges, and equity in Vietnam. *International Journal of Healt Services,* 33, 137-61.

Shaw, J. (2007). "There is no work in my village": The employment decisions of female garment workers in Sri Lanka's ewport processing zones. *Journal of Developing Societies,* 23, 37-58.

Smith, B. E., & Winders, J. (2008). "We're here to stay": Economic restructuring, Latino migration and place-making in the US South. *Transactions of the Institute of British Georgraphers,* 33, 60-72.

Somavia, J. (2006). *Decent work in the Americas: An agenda for the hemisphere, 2006-2015 (Report of the Director-General).* Geneva: International Labour Office. Retrieved from: http://www.summit-americas.org/TV%20Summit/Publicaciones/Eng/dwork.pdf.

Streak, J. C. (2004). The GEAR legacy: Did gear fail or move South Africa forward in development? *Development Southern Africa,* 21, 271-88.

Summerfield, G., Pyl, J. L., & Desai, M. (2006). Preface to the symposium: Globalizations, transnational migration, and gendered care work. *Globalizations,* 3, 281-82.

Tokatli, N. (2007). Asymmetrical power relations and upgrading among suppliers of global clothing brands: Hugo Boss in Turkey. *Journal of Economic Georgraphy,* 7, 67-92.

Unchitelle, L., Kleinfield, N. R., Bragg, R., Rimer, S., Johnson, K., Kolbert, E., et al. (1996). *The downsinizing of America.* New York: Times Books.

United Nations Country Team Viet Nam. (2003). *Health care financing for Viet Nam,* Discussion Paper No. 2. Hanoi: United Nations Viet Nam. Retrieved from: http://www.un.org.vn/undocs/healthcare/HealthcareFinancing.pdf.

United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean. (2002). *Social panorama of Latin America 1999-2000.* Santiago: ECLAC. Retrieved from: http://www.cepal.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/6002/P6002.xml&xls=/dds/tpl-i/p9f.xsl&base=/tpl-i/top-bottom.xsl.

Unni, J., & Rani, U. (2003). Social protection for informal workers in India: Insecurities, Instruments and institutional mechanisms. *Development and Change,* 34, 127-61.

van der Hoeven, R., & Lüübker, M. (2005). Financial openness and employment: A challenge for international and national institutions. In *2006 Meeting, Global Development Network,* St. Petersburg. Geneva: International Policy Group, International Labour Office. Retrieved from: http://ctool.gdnet.org/conf_docs/Hoeven_Paper_Lunch%20Time%20session_ILO.pdf.

van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C., et al. (2006). Eeffect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: An analysis of household survey data. *The Lancet,* 368, 1357-64.

Vandenbroucke, F. (1998). *Globalisation, inequality and social democracy.* London: Institute for Public Policy Research.

Webster, E. (2005). Making a living, earning a living: Work and employment in southern Africa. *International Political Science Review,* 26, 55-71.

Winerip, M. (1998, June 7). The bulie-collar millionaire. *New York Times Magazine,* pp. 72-76.

Wise, R. D., & Cypher, J. M. (2007). The strategic role of Mexican Labor under NAFTA: Critical perspectives on current economic integration. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science,* 610, 119-42.

Wood, A. (1998). Globalisation and the rise in labour market inequalities. *The Economic Journal,* 108, 1463-82.

Woodall, P. (2006, September 16). The new titans: A survey of the world economy. *Economist,* 380.

Woodward, D., & Abdallah, S. (2008). *How poor is "poor"? Towards a rightsbased poverty line (technical version).* London: New Economics Foundation.

World Bank. (1995). *World Development Report 1995: Workers in an integrating world.* New York: Oxford University Press.

World Bank. (2005). *World Bank World Development Report 2006: Equity and development.* New York: World Bank and Oxford University Press.

World Bank. (2007). *Global economic prospects 2007: Managing the next wave of globalization.* Washington, DC: World Bank.

Yalnizyan, A. (2007). *The rich and the rest of us: The changing face of Canada's growing gap.* Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives. Retrieved from: www.gowing-gap.ca.

Yeates, N. (2004). Global care chains. Critical reflections and lines of enquiry. *International Feminist Journal of Politics,* 6, 369-91.

———. (2005). A global political economy of care. *Social Policy and Society,* 4, 227-34.

York, Geoffrey. (2005, April 29). Is Vietnam destined to become the next China? *The [Toronto] Globe and Mail.*

5. Bölüm

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ, SAĞLIK İÇİN POLİTİKA ALANI VE KÜRESELLEŞME

Meri Koivusalo, Ted Schrecker ve Ronald Labonté

GİRİŞ

Politika alanı, bağlamına göre farklı şekillerde tanımlanabilir. Bu bölümde politika alanına – hükümetlerin amaçlarını başarmak adına kamu politikalarını seçmek, tasarlamak ve uygulamak için sahip oldukları özgürlük, görüş ve mekanizmalar olarak tanımlanır – odaklanacağız. Konumuz, küreselleşmenin ve küreselleşmeyi oluşturan süreçlerin bu alanın kullanılabilirliğini nasıl etkilediğidir.

Politika alanındaki küreselleşme-ilişkili kısıtlamaların sağlıkta eşitliğin iyileştirilmesi aleyhine olması şart değildir. İnsan hakları sözleşmeleri, iş sözleşmelerinin çekirdek standartları ve çevre protokolleri gibi hükümetler tarafından yürürlüğe konan anlaşmaların hepsi sağlığın sosyal belirleyicilerini (SSB) iyileştirmeye katkıda bulunabilir. Çatışmaların önlenmesi ve barışın korunmasının sağlığa ve SSB üzerine anlamlı bir etkisi olabilir ve yine bunlar bir ülkenin tek yanlı hareket etme yeteneğinin kısıtlanmasını (örneğin, Birleşmiş Milletler yaptırıma dayalı barışı koruma çabaları durumunda) gerektirebilir. Aynı zamanda, sağlığı ve SSB'yi korumak ve iyileştirmekte kullanılabilecek olan politik alan, küreselleşme-ilişkili olmayabilecek çeşitli nedenlerle kullanılmayabilir. Örneğin, hükümetler dışsal baskı olmaksızın dahi, makroekonomik politika, ticaret, tarım veya diğer sektörlerde, sağlık ve SSB'nin korunacağı ve iyileştirileceği politik alanı kısıtlayan seçimler yapabilirler. Böylece sağlığın politika alanı, ulusal politika alanından ayrılır; örneğin, hükümetler ticari müzakerelerde sağlık ve SSB yerine, endüstriyel ve tarımsal öncelikler lehine seçim yapabilir. Yukarıdaki noktalar politika alanını daha genel bir şekilde anlamakta önemli olduğu halde, bu bölümün özgün odağı sağlık ve SSB'nin politika alanına küreselleşmenin kısıtlayıcı etkileridir.

Bu bölümün yapılanması şöyledir: Önce SSB tartışmalarında politik alan kavramının önemi üzerinde duracağız. Sonra sağlığı korumak ve sürdürmek veya SSB'ye erişimde eşitliği geliştirmekte kullanılabilecek politik alan üzerindeki uluslararası ticaret politikası ve hukukunun mevcut yapısından doğan kısıtlı-

lıkları çeşitli yönlerden tanımlayacağız. Mali piyasaların işlemleri sonucunda ortaya çıkan benzer kısıtlamalar, sorunun daha öte bir boyutunun (ulusal veya altulusal toplumsal ve makroekonomik politika alanında neyin olanaklı veya arzu edilir olduğu hakkında fikirlerin küreselleşmesi) tartışılmasının ardından tanımlanacaktır. Sonunda da politika yönelimleri için gerekli birkaç genel tavsiye ile bitireceğiz.

KÜRESEL ORTAMDA POLİTİKA ALANI: TERMİNOLOJİ VE BAĞLAM

Ulusal politika alanı kavramı, tam olarak tanımlanmamasına karşın, 2004 Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı'nda (United Nations Conference on Trade and Development – UNCTAD) ortaya çıkan Sao Paulo Uzlaşması'nda kullanıldı:

> Küreselleşen bir dünyada ulusal ekonomilerin karşılıklı bağımlılığının artması ve uluslararası ekonomik ilişkilerde kuralcı düzenlerin ortaya çıkması, ulusal ekonomik politika alanının (örneğin, iç politikaların kapsamı, özellikle ticaret, yatırım ve endüstriyel gelişim alanları) artık genellikle uluslararası yaptırımlar, taahhütler ve küresel pazar mülahazaları tarafından çerçevelenmesi anlamına geldi (2004, s. 8).

İzleyen UNCTAD raporu, ticaret anlaşmalarının sayıca artmasının bir sonucu olarak, kalkınmayla ilişkili ulusal politika alanının daralmasına vurgu yaptı. Böylesi anlaşmaların "bugünün erişkin ekonomilerinin ve geç endüstrileşenlerin kalkınmalarında kullanılmış olan esaslı politik tedbirleri hükümsüz kılabileceğini" belirtti (United Nations Conference on Trade and Development, 2006, s. xii).

Dünya Ticaret Örgütü'nün yürürlükteki veya görüşülmekte olan yaptırımlarının gelişmekte olan ülke hükümetlerinin, hızlı büyüme potansiyeli olan iç üreticilerin ve endüstrilerin yararına bir dizi politikayı kullanma yeteneğini kısıtlayacağı, sıklıkla ifade edilen bir kaygıdır. Bu nokta, SSB ile ilişkilidir, çünkü hızlı büyüme düşük gelirli ülkelerde yoksulluğu azaltma ve sosyal hizmet sunma olasılığı yaratmaktadır. Tarihsel kanıtlar göstermektedir ki, oldukça esnek olan fikri mülkiyeti koruma rejimlerini kapsayan (ancak bununla sınırlı kalmayan) benzer politikalar, bugünün yüksek gelirli ülkeleri tarafından endüstrileştikleri süreç boyunca kullanılmıştır. Bu nedenle Chang, günümüzün ticari politik yaptırımlarının böyle seçenekleri yasaklamasını "altından merdiveni çekmek" olarak tanımlar ve sürmekte olan Dünya Ticaret Örgütü görüşmelerinin gelişmekte olan ülkelerin elde kalan esnekliklerini daha da sınırlayabilecek etkileri konusunda uyarır (Chang, 2005).

Bu gelişmelere paralel olarak, ilk kez Uluslararası Para Fonu (International

Monetary Fund – IMF) tarafından sağlıklı makroekonomik politikalar bağlamında tanımlanan *kamu maliyesi politika alanı* terimi ortaya çıktı. Heller, kamu maliyesi alanını geniş anlamda, "hükümetin mali durumunun sürdürülebilirliğine zarar vermeksizin, bir hükümetin arzu edilen bir amaç için kaynak sağlamakta kullanabileceği bütçe" olarak tanımlar (2005, s.3). 2000'lerin başlarında HIV/AIDS finansmanında dramatik atışlar görüldüğünde, Denizaşırı Kalkınma Enstitüsü (Overseas Development Institute) için hazırlanan bir bilgilendirme notu, böyle fonları alma yeteneği ile IMF tarafından dayatılan kamu harcamalarındaki kısıtlamalar arasındaki potansiyel çatışma konusunda uyarı yaptı (deRenzio, 2005). Bu tarihten beri bu konu, IMF kamusal harcama tavanlarının, çeşitli ülkelerde sağlık sektöründe ve toplumsal sektörlerde kamusal harcamaları azalttığını iddia eden birçok yazar tarafından gündeme getirildi (Ooms ve Schrecker, 2005; Wood, 2006). Bu eleştirilere Dünya Bankası ve IMF tarafından itiraz edilmesine karşın (Sarbib ve Heller, 2005), IMF'nin Bağımsız Değerlendirme Ofisi tarafından Sahra Altı Afrika'da yer alan 29 ülkedeki IMF programları üzerine hazırlanan Mart 2007 raporu, "yardım emme kapasitesi" değerlendirmesinin "eğitim, sağlık ve altyapı gibi sektörlere hemen hemen hiç dikkat etmeden" makroekonomik değişkenlere odaklandığını gösterdi (Independent Evaluation Office, 2007, s.10). Diğer bir deyişle, dışsal eleştirilerin çoğunu doğruladı.

KÜRESELLEŞME, POLİTİKA ALANI VE SOSYAL EŞİTSİZLİK

Küreselleşme ve sosyal eşitsizlikler üzerine yürütülen tartışma, küresel ekonomi ve ticaret politikalarının yoksulluğu azaltma üzerindeki etkisine ilişkin daha uzun ve daha geniş bir tartışma içinde gömülüdür (bakınız Birdsall 2006a, 2006b). Örneğin 1990'ların sonunda, şimdi iyi bilinen Dollar ve Kraay'ın çalışmalarına (Dollar ve Kraay, 2002) dayanarak, serbest ticaretin yoksulluğu azaltmada yararlı olduğu iddia edildi. Ancak, bu çalışmalar yöntemi, verisi, ülkelerin seçimi ve zaman çerçevesi bakımından eleştirildi (Lubker, Smith ve Weeks, 2002; Nye, Reddy ve Watkins, 2002; Milanovic, 2003); bu eleştirilerin bazılarına bu kitabın giriş bölümünde değinilmiştir. Daha genel anlamda, yoksulluğun azaltılabileceğini iddia eden serbest ticaret yanlıları dahi, ekonomik eşitsizliğin artabileceğini kabul ettiler.

"Küresel pazarlara erişimin artmasıyla (küreselleşme) ortaya çıkan temel bir sorun, küresel pazarların gelişmekte olan ülkeler içinde eşitsizliği azaltmaktan çok, doğası gereği eşitsizliği artırıcı olmasıdır" şeklindeki ifadesiyle Birdsall (2006b, s. 18) konuyu daha da vurgulamıştır. Birdsall'a (2006b, s. 22) göre bu eşitsizliği artırıcı etkinin nedeni:

1) En üretken varlıkların çoğuna sahip ülkeler ve bireyler, küresel piyasalar

tarafından daha fazla ödüllendirilir (basitleştirmek için buna şöyle diyelim: Piyasa işler).

2) Küresel ekonomide olumsuz dışsallıklar, kırılgan olanlar için yeni maliyetler ortaya çıkartır ve zaten zayıf ve dezavantajlı olanların karşılaştıkları riskleri katlar (basitleştirmek için buna "piyasa işlemez" diyelim).
3) Küresel ekonomide mevcut kurallar en çok zaten ekonomik gücü olan ülkeler ve bireylerin yararına olma eğilimindedir. Daha zengin ve daha güçlü olanın küresel kuralların tasarımı ve uygulanmasını kendi avantajlarına olacak şekilde etkilemesi (bu kurallar onları kısıtlamak için olsa da) doğaldır.

Bu avantaj, ticari anlaşmalar veya borçlar ya da yardımlarla ilişkili koşullar gibi "katı" yasal ve ekonomik etkilerin ötesine, "daha yumuşak" etkilere kadar uzanır: Küreselleşme ve ulusal rekabeti sürdürme zorunluluğu bağlamında neyin olası kabul edileceğine kadar. Bu nedenle, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İlişkiler Bölümü'nün (United Nations Department of Economic and Social Affairs) 2005 raporunun hükmettiği gibi, mevcut uluslararası ticari ve mali sistem, kısmen "ileri sosyal politikalar ve sosyal eşitlik gerektiren kararlar veya eylemler genellikle gereksiz maliyetler olarak algılandığından "ülkenin uluslararası rekabet edebilirliğini korumakla çatışma içinde olduğundan", (ek olarak rapor bu algıyı "yanlış" olarak belirtir) politik alan üzerine en azından bazı kısıtlılıklar getirir (s. 105).

TİCARİ POLİTİKALAR, TİCARİ ANLAŞMALAR VE TİCARİ GÖRÜŞMELERİN ROLÜ

Ulusal hükümetlerin ticaret politikaları, ticari görüşmelerin içinde yer alacağı bağlamı ve farklı hükümetlerin hangi kuralları ticari anlaşmalar içine yerleştirmek isteyebileceklerini tanımlar. Ticari anlaşmalara gelince, bunlar, küresel yönetimin ekonomik alanda "yasallaşma" veya "anayasalaşma" denen bir kısmını oluştururlar (Goldstein, Kahler, Keohane, ve Slaughter, 2001; Coicaud ve Heiskanen, 2001; Gill ve Bakker, 2006, s. 36) ve "yeni anayasacılığın" kurumsal bileşenleri olarak bu kuralları koyan ticaret, yatırım ve fikri mülkiyet hakları anlaşmalarını tanımlar. Dünya Bankası'nca kullanılan terminolojide "yeni anayasacılık", sermayenin (veya büyük mülk sahiplerinin) hak ve özgürlüklerini "sağlama almanın" ve bu hakları genişletmek ve mülkiyet üzerindeki kontrolü toplumsallaştırmak için ulusallaştırma çabaları gibi politik tehditlerden korumak ve genişletmek "peşinde koşar". Yazarlar, bu yeni anayasacılığın, daha da öte, yatırımcı tereddüdünü bütün farklı yetki alanlarında en aza indirmek ve daha temelde şirketlerin ve yatırımcıların işlemlerinin kapsamını yeni pazarlara genişletmek için birbiriyle ilişkili yasal ve politik tedbirleri kapsadığına dikkat çekmektedirler.

Küresel yönetimin yeni "anayasacılığının" bir parçası olarak ticari anlaşmalara atıf yapmak, Dünya Ticaret Örgütü'nün ticari kurallarını uygulatmakta kullanılan uyuşmazlık çözümleme sürecinin varlığı ile daha çok destek bulmaktadır.[1]

Dünya Ticaret Örgütü, tek gerçek küresel ticaret anlaşması kurumu olmasına karşın, yalnızca daha büyük uluslararası ticaret düzeninin bir parçasıdır. Sıklıkla endüstrileşmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki iki taraflı ve bölgesel anlaşmaların, özellikle Dünya Ticaret Örgütü anlaşmalarının içindeki şartların ötesine geçenlerin, sayısı ve önemi artmaktadır. Bu durum fikri mülkiyet haklarına ilişkin konularda dikkat çekicidir (Fink ve Reichenmiller, 2005; Roffe ve Spennermann, 2006; Krikorian ve Szymkowiak, 2007; ve bkz. Bölüm 11). 2004 sonlarına kadar yaklaşık 230 bölgesel ticaret anlaşması yapıldı (bölgesel ticaret anlaşması ortakları arasında yapılan ticaret, 2004'te toplam küresel ticaretin yaklaşık %40'ını oluşturuyordu) (World Bank, 2004, s. 27; genel olarak bakınız s. 27 – 56). 2002 sonuna kadar 2.200'den fazla ikili yatırım anlaşması da yapıldı (Chouldry, 2005). Shadlen (2005b), Birleşik Devletler ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki anlaşmalar üzerine bir çalışmada endüstriyel politika esnekliğini karşılaştırdı. Buna göre gelişmekte olan ülkeler, böyle ikili veya bölgesel anlaşmalarda yer alan yatırım ve fikri mülkiyet gibi alanlarda çok daha kısıtlayıcı şartlarla Dünya Ticaret Örgütü üyesi olarak kalmayı sürdürmektedirler.

Çeşitli ticaret anlaşmaları, belirlenmiş amaçlara ulaşmak amacıyla, hükümetin düzenleme yapma hakkını tasdik eden bir metin içerir. Ancak böyle düzenlemelerin, amaçlara ulaşabilme yollarını sınırlayabilecek diğer Dünya Ticaret Örgütü şartları bağlamında konması gerekir. Ticaret ve Hizmetler Üzerine Genel Anlaşma (General Agreement on Trade in Services – GATS) gibi bazı anlaşmalar, hükümete hangi sektörleri, ne kadar kapsamak isteyebileceğine ilişkin başlangıçta azımsanmayacak bir hareket alanı verir. Ticaretle İlişkili Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması (Trade-Related Intellectual Property Rights – TRIPS) gibi diğer anlaşmalar, zorunlu lisans gibi mekanizmalar yoluyla istisnalar ve esneklikler için bazı toleranslar sağlar. Ancak, gümrükleri düşürmenin aksine, hizmet ticaretini geliştirmek ve fikri mülkiyet haklarını korumak, ulusal politika alanına daha fazla uzanmaktadır. Ticari anlaşmaların gerçek amacı, ticareti serbestleştirmek ve fikri mülkiyet haklarını korumayı garantilemek üzere hükümet eylemlerini düzenlemektir. Böylece, ticaret anlaşmaları kapsamındaki hükümet taahhütleri zorunlu olarak, piyasaların nasıl düzenleneceğini ve sübvanse edileceğini ya da yabancı malların veya hizmet sağlayıcılarının pazara erişiminin nasıl daraltılacağını sınırlar.

---

[1] Dünya Ticaret Örgütü altında ticareti yapılan her şey, yapılan çok-taraflı anlaşmalardan hatta bölgesel veya iki-taraflı anlaşmalardan etkilenmez. Örneğin, küresel önemi giderek artan bir sağlıkta eşitlik sorunu olarak sağlık profesyonellerinin düşük gelirli ülkelerden yüksek gelirli ülkelere göçünün, şimdiye kadar ticaret anlaşmalarıyla çok az ilişkisi olmuştur (bakınız Bölüm 9).

Serbest ticaretin temel şartı olan gümrük indirimlerinin, aynı zamanda ulusal politika alanına (ya da daha doğrusu, politik alanı kullanma kapasitesine) etkileri de vardır. Gümrükler, bir zamanlar yüksek gelirli ülkelerde endüstrileşmelerinin erken aşamalarında olduğu gibi, birçok düşük ve orta gelirli ülkenin de önemli bir kamusal gelir kaynağı olarak kalmaktadır. Alternatif devlet gelirleri yaratılmasının (örneğin, gelir veya tüketim vergileri yoluyla) ve bunu yönetmenin güç olduğu ve bunları, birçok orta gelirli, özellikle de düşük gelirli ülkenin, serbest ticaret ile yitirilen gümrük gelirlerinin yerine koyamadığı, mevcut en iyi araştırma bulgularıyla kanıtlanmıştır (Baunsgaard ve Keen, 2005; aynı zamanda bakınız Aizenman ve Jinjarak, 2006). Devlet gelirindeki bu kayıp, sağlık, eğitim, sosyal korumanın diğer biçimleri ve daha genelde SSB'ye kullanılabilecek kamusal harcamalar için potansiyel kaynakları azaltır.

Ticari görüşme süreçlerinin bizzat kendisi, ulusal politika alanını sürdürmekte veya azaltmakta üç bakımdan önemli olabilir: Birincisi, görüşmeler "tek taahhüt"[2] olarak yapıldığında, ekonomik bakımdan görüşmecilerin dikkatini çekecek kadar önemli olmayan sağlık veya sosyal hizmetlerin serbestleştirilmesi, niyetlenilenden daha kapsamlı olarak planlanmış hale gelebilir. İkincisi, mini-Bakanlar görüşmesi denen veya Dünya Ticaret Örgütü üyesi olan daha güçlü ülkelerin katılımıyla kısıtlanan diğer oturumları kapsayan görüşme pratikleri, ticaret anlaşması ürünlerini daha yoksul ülkeler için olumsuz sağlık ve kalkınma sonuçları ortaya çıkacak şekilde etkileyebilir (örneğin, bakınız Jawara ve Kwa, 2003).

Üçüncüsü, özgün görüşme mekanizmalarının kullanımı, ülkelerin kasıtsız olarak sektörleri dâhil etmesine ya da düzenleyici etkilerin tamamıyla anlaşılması temelinde beklenenden veya farklı yönde vermiş olduklarından daha fazla ve derin taahhütlerde bulunmasına yol açabilir. Böylesi mekanizmalar mevcut mevzuat temelinde yürütülen görüşmeleri ve yatay (bütün sektörlere uygulanan) taahhütleri veya blok halinde yapılan birden fazla sektörü içeren taahhütleri kapsar. Buna, her ikisi de mevcut Dünya Ticaret Örgütü anlaşmalarınca kapsanmadığı halde, hükümet tedariğini (sözleşme ve satın alma) ve yatırımını kapsayan Avrupa Birliği – Meksika Serbest Ticaret Anlaşması bir örnektir. Bu anlaşma, Avrupa Birliği ve Meksika'nın, hizmet sektörlerinde halen yürürlükte olandan daha fazla oranda ticari açıdan kısıtlayıcı olabilecek bir yasa çıkartmamasını da taahhüt eder; ve bu, "*stand-still* (mevcut durumun korunması)" yatay taahhüt olarak tanımlanır (Avrupa Birliği – Meksika Serbest Ticaret Anlaşması, 2001). Yine de bir ülkenin mevcut hizmet mevzuatı yabancı tedarikçiler için, hükümet-

[2] Bu, ticari görüşmelerin bir evresinin tamamlanması ve yeni bir evreye başlanması için görüşülen bütün anlaşmalarda uzlaşmaya varılmasının zorunlu olduğu Dünya Ticaret Örgütü görüşmelerinde kullanılan "ya hep ya hiç işlemini" tanımlar. Bu işlem muhtemelen ülkelerin ticaretin bir alanındaki kayıplarını, diğer bir alanda kazanımlar elde etme beklentisiyle kabullenmesini sağlar.

lerin bir ticaret anlaşması bünyesinde bağlamak isteyebileceklerinden daha açık olabilir. Bu anlaşma, gelecekte ülkelerin kamusal şartları eski durumuna getirme veya düzenlemeyi genişletme yeteneklerini, eğer böyle eylemler yabancı tedarikçilerin ticari çıkarlarına zarar verecekse kısıtlar.

Birkaç sektörü eşzamanlı olarak kapsayan ticari görüşmeler, kolayca niyet edilenden daha geniş taahhütlere yol açabilir. Bu, birimizin (Meri Koivusalo) "*outside own priority setting – OOPS*" taahhütleri (kendi önceliği dışındaki taahhütler) olarak adlandırdığı terime katkıda bulunur – yani taahhütlerin kapsam ve genişliğinin, bunların sözünü verenler tarafından anlaşılamadığını ifade eder. Sağlık ve toplumsal kalkınmada güçlü ve açık ticari politika rehberliği, gelecekte ticari görüşmelerde sağlık konularının yetersiz öncelenmesinden kaynaklanan OOPS taahhütlerini azaltabilir. Daha küçük ve daha yoksul ülkelerin görüşme kapasitelerine özel bir dikkat gerekirken (South Centre, 2004) OOPS taahhüt yanlışları bütün ülkelerde yapılmaktadır (bakınız bu bölümde daha ilerdeki kısımlar).

SAĞLIĞA İLİŞKİN DÜZENLEME VE STANDART BELİRLEME HAKKINDAKİ TİCARİ ANLAŞMA KISITLAMALARI

Ticaret anlaşmalarının ulusal ve küresel sağlık ve güvenlik standartları belirleme mekanizmaları üzerine etkisi tartışmaya açık kalmaktadır. Standartlar, sözde, sağlığı ve güvenliği korumak için konur ve bazen düşük gelirli ülkelerden ithalata karşı gizli korumacı önlemler olarak görülür; standartlar, sadece ülke içi endüstriyel veya ticari çıkarlar ile toplum sağlığı çıkarları arasındaki çatışmaları değil, aynı zamanda yüksek gelirli ülkeler arasındaki ticari gerilimleri de kapsayabilir. Kanada'nın asbest içeren ürünleri yasaklayan mevzuata ilişkin Avrupa Birliği'ne karşı çıkması böyle bir olaydı (World Trade Organization, 2000, 2001). Kanada, Avrupa Birliği üyesi ülkelerin asbeste "benzer" bir ürün olan cam lifi yalıtımına izin verdiklerinden ve bunun bütün Dünya Ticaret Örgütü anlaşmalarında ayrımcılık yapmama ilkesiyle kapsanmasından ötürü, bu ülkelerdeki asbest yasağının ticari kurallara aykırı olduğunu iddia etti. Avrupa Birliği uyuşmazlık çözümünde ilk davayı kaybetti, fakat Dünya Ticaret Örgütü'nün Temyiz Kurumu (uyuşmazlık mahkemesi kararlarını onaylar), bu uyuşmazlık mahkemesi kararı hakkında birçok şikayet aldıktan sonra, Avrupa Birliği'nin asbest yasağını sürdürmesine izin verdi (Dünya Ticaret Örgütü, 2001).

GATS'ın 20. maddesi toplum sağlığını koruyucu önlemlere (Avrupa Birliği tarafından asbest olayında başvurulmuştur) izin verir; ancak, bir "chapeau – başlık" ile sınırlıdır: Bağlamı ve özgün bir koşulu yorumlama ve kullanmaya temel olan bir rehber cümle veya giriş metni. Bu başlığın kullanımı, toplum sağlığını koruma önlemlerinin yer alabileceği bağlamın belirlenmesinde, 1994'te Sanitasyon ve Bitki Sağlığı (SBS) Önlemleri Üzerine Anlaşma'nın (Agreement on Sa-

nitary and Phitosanitary Measures – SPS) 20(b) maddesinde daha da detaylandırılmıştır. SBS, bu hakkı kullanan bir ülkenin, mevzuatının tam bir risk değerlendirmesine dayandığını ve aynı veya benzer koşullar yürürlükte olduğunda, üyelere karşı ayrımcılığa yol açmadığını göstermesini gerektirir. Bu şartlar, hormonlu et ürünlerine ilişkin on yıldır süren bir Dünya Ticaret Örgütü uyuşmazlığına temel oluşturmuştur (World Trade Organization, 1998, 2008). Avrupa Birliği kendi sınırları içinde sığır yetiştirmede belli hormonların kullanımını yasaklamıştır ve bu nedenle ayrımcı olmayan bir şekilde bu yasağı ithal etlere uygulamıştır. Ancak Birleşik Devletler ve diğer ülkeler başarıyla Avrupa Birliği'nin, "benzer" bir ülke olarak düşünülen Birleşik Devletler'de uygulanan standartlardan daha sıkı olan kendi standartlarını haklı çıkartmak için yeterli risk değerlendirme çalışmaları yürütmediğini (SBS Önlemleri tarafından şart koşulduğu gibi) iddia etmişlerdir (World Trade Organization, 1998).

Hükümetlerin tütün ve alkol gibi sağlığa zararlı olduğu bilinen özgün malların pazarlanması ve tüketimini kısıtlayan ve sınırlayan açık amaçları olabilir. Alkol ve tütün ürünlerine ilişkin kamu politikaları, zaten vergilendirme veya kullanımı sınırlayan ulusal politika alanında doğrudan kısıtlayıcı ulusal politikalara ilişkin çeşitli ticari uyuşmazlıkların konusu olmuştur (World Trade Organization, 1999, 2005a, 2006). Örneğin Şili olgusu, alkol içeriğine dayalı vergi sınırlarının, ithal edilen alkol ürünleriyle karşılaştırıldığında düşük alkol içeriği olan yerel ürün (Pisco) lehine nasıl bir vergilendirme uygulaması yapıldığına ilişkindi (World Trade Organization, 1999). Kullanılabilirlik ve vergilendirme kısıtlamasının sağlığa zararlı ürünlerin tüketimini azaltmakta etkin stratejiler olduğu bilinirken, böyle tedbirler aynı zamanda, müdahalenin daha bireyselleştirilmiş ve piyasa kısıtlayıcılığı daha az olan biçimleriyle kıyaslandığında, ticaret politikalarının bağlamına meydan okumakta daha kırılgandırlar (bakınız Yach ve Bettcher, 2000; Babor et al., 2003; Shaffer, Brenner ve Houston, 2005).

Dünya Ticaret Örgütü anlaşmaları, ulusal hükümetlerin standartlar üzerine karar verme gücünü de azaltmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler, endüstri katılımının güçlü fakat hükümet katılımının zayıf olduğu bir hükümet dışı kurum olan Uluslararası Standartlaştırma Örgütü'ne (International Organization for Standardization – ISO) özel dikkat çekmiştir (bakınız Mattli ve Buthe, 2003; Yeates ve Murphy, 2007; Nadvi, 2008). ISO standartlarının çevre, hizmetler ve işçi sağlığı ve güvenliği alanlarındaki genişleyen rolü, standartların nasıl konduğuna ilişkin çıkarımları da içerir (Beithwaite ve Drahos, 1999; International Organization for Standardization, 2006). Sağlıkta, tütüne ve tütün endüstrisinin ISO'da kendi ürünleri hakkındaki kanıtların belirlenmesi ve standartların konmasındaki rolüne (sigarada bulunan katranın ve nikotinin ölçülmesi dâhil) özel dikkat çekilmiştir (Bialious ve Yach, 2001).

Dünya Ticaret Örgütü anlaşmalarından ikisi, SBS Önlemleri Üzerine Anlaşma ve Ticarete Teknik Engeller Üzerine Anlaşma (Agreement on Technical Bariers to Trade – TBT), Birleşmiş Milletler'e bağlı Gıda ve Tarım Örgütü (Food and Agricultural Organization – FAO) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) karma komisyonu olarak gıda standartlarını koyan ve uluslararası gıda standartları için referans kurum olan Gıda Kodeksi Komisyonu'na (Codex Alimentarius Commission) riayet etmektedir. Dünya Ticaret Örgütü'nün bu riayeti, önceden sadece gönüllü standartlarla iş yapan Kodeks'in küresel önemini ciddi anlamda değiştirmiştir. Veggeland ve Borgen (2005), ulusal ve ekonomik çıkarlar daima Kodeks karar verme sürecinin bir parçası olmuşken, Dünya Ticaret Örgütü kurulduğundan beri ülkelerin Dünya Ticaret Örgütü görüşmelerinde ifade edildiği gibi kendi ulusal çıkarlarıyla uyumlu normların yararına daha güçlü iddialarda bulunduklarına dikkat çekmiştir. Yazarlar, daha öte, bu gelişmenin aslında Kodeks'in zorlayıcılığı ile çatışabileceğini belirtmişlerdir (Veggeland ve Borgen, 2005). Bu ulusal politika alanına ilişkin iki konuyu ortaya koyar: Kodeks[3] tarafından konan standartların öneminin artması ve Kodeks sürecinin kendisinin giderek artan biçimde ticaret politikası çıkarlarıyla şekillenme yolları.

Dünya Ticaret Örgütü anlaşmaları, malların ve hizmetlerin üretim pratikleriyle değil sınır aşan ticaretiyle ilişkilidir. Bu, küresel çalışma ve iş güvenliği politikalarında daha genişçe kabul edilen bir konudur, fakat aynı zamanda sağlık politikaları için de önem taşır (istihdam ve çalışma konuları için bakınız Bölüm 4). Çok-taraflı çevre anlaşmaları (ÇÇA) ve insan hakları sözleşmeleri ile ilişkili bir biçimde "ticari olmayan" diğer önemli alanlarda küresel ticaretle ilişkili standart koyma ve düzenleme işi su üstüne çıkmıştır (Dommen, 2002; Cottier, Pauwelyn ve Burgi, 2005, World Trade Organization, 2007). Buna göre, ilgili Dünya Ticaret Örgütü şartlarıyla çatışma durumunda, öncesinde yapılan bir Dünya Ticaret Örgütü paneli dâhil, Dünya Ticaret Örgütü şartları her zaman üstün gelmeyebilir. Bir çerçeve anlaşma olarak Dünya Ticaret Örgütü ve şartları, sıklıkla örneğin zorunluluklar dayatan veya özgün ürünlere veya özel nedenlerle uygulanan açık ticari kısıtlama hakları getiren ÇÇA'lara veya diğer sözleşmelere boyun eğmek zorundadır (Pauwelyn 2003). Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) Kültürel İfade Çeşitliliğini Koruma ve Geliştirme Sözleşmesi (Convention on the Protection and Promotion of the Diversity of Cultural Expression), hükümetlerin ticaret anlaşmaları altındaki zorunluluklar ışığında politika alanı bırakma isteğine başarılı bir örnektir (UNESCO, 2005).

[3] Aslında Kodeks'in, Dünya Ticaret Örgütü sığır eti hormonu vakasında altı hormondan beşi için kabul edilebilir düzeyler koymuş olması, tartışmada Avrupa Birliği aleyhinde hüküm verilmesinde rol oynadı. Güvenlik, bilimsel kanıtlar sunularak ama sonuçta tek tek ülkeler tarafından oy verilmesiyle belirlenir. Söz konusu beş hormonun güvenli olduğuna dair 7'si çekimser, 33'e karşı 39 oy verilmiştir (Labonté ve Sanger, 2006).

KAMUSAL POLİTİKALARIN KAPSAMI VE KAMUSAL HİZMETLERİN DÜZENLENMESİ

Ticaret anlaşmaları ve SSB bağlamında kamusal hizmetlere özel dikkat çekilmesi gereklidir. Örneğin Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (General Agreement on Trade in Services – GATS) hizmetlerin serbest ticaretine yönelik bir taahhüdü içerir. GATS, üye ülkelerin sınırlarını hangi hizmet sektörlerine, ne koşullarda açacaklarını belirlemelerine izin verirken, ilerleyici serbestiye yönelik taahhüt, gelecekte bütün hizmet sektörlerinin sonunda küresel ticarete açılacağını öngörür. GATS'ta kamusal hizmetler için bir dışlama vardır, oysa ki "hükümet otoritesinin uygulanmasıyla sağlanan bir hizmet" biçiminde dar olarak ifade edilmesine rağmen, yalnızca ne ticari temelde ne de bir veya daha fazla hizmet tedarikçisinin rekabetiyle sağlanan hizmetlere uygulanabilir şeklinde tanımlanır. Çoğu ülkede kamusal olarak finanse edilen hizmetler genellikle özel sektörle (Sivil Toplum Kuruluşları (STK) veya kâr amacı gütmeyen örgütler dâhil) bazı sözleşmeli anlaşmalar içerdiğinden, bu hizmetler basitçe GATS taahhütleri kapsamı dışında kabul edilemez (Krajewski, 2003; Luff, 2003; Fidler, Corrca ve Aginam, 2005).

GATS'ın iç düzenleme hakkındaki 6. Maddesi, de Delimatsis'e göre (2008) düzenleyici önlemlerle ilgilidir ve hizmetlerin serbest ticareti ve iç özerklik arayüzüne temas eder. Bu maddenin taşıdığı yasal zorunluluk, lisans verme ve yeterlilik şartları veya teknik standartların hizmet ticaretine gereksiz engel oluşturmamasını garanti etmeye çabalar. Luff'a göre (Harvey, 2003), bunlar muhtemelen doktorların veya hastanelerin hizmetlerini sağlama fırsatlarına ilişkin bütün kuralları kapsar. Uygulamada bu hizmetlerin sunulması ülkeler içinde oldukça ağır şartlara ve yetkilendirme süreçlere tabidir; bu da bu duruma genellikle uyum göstermeyen yabancı hizmetlerin veya hizmet tedarikçilerinin girişini dışlayarak veya zorlaştırarak ticari engeller yaratır. Bu sıkı şartlar GATS kurallarını iç düzenlemeler için güçlendirmek için yapılan mevcut görüşmelerin sonucunda kısıtlanabilir. Tekeller ve ayrıcalıklı hizmet tedarikçilerine ilişkin diğer GATS hükümleri (Luff, 2003; Fidler et al., 2005) ve sübvansiyonlar (Gauthier, O'Brien ve Spencer, 2000; Adlung, 2006) da kamusal finansmanı ve daha yoksul alanlarda hizmet sağlamaya verilen desteği etkileyebilir.

Hizmet ticareti görüşmelerinin, özellikle karmaşık, hükümetlerin yapacakları taahhüdün kapsam ve doğasını ve bu taahhütlerin hangi kısıtlamalara tabi tutulması gerekebileceğini tam olarak bilmelerini güçleştiren görüşmeler oldukları anlaşılmıştır. Ülkelerin taahhüt edilen sektörlerde şart ileri sürebilmelerine karşın, bu kısıtlamaların kalıcı olmayacağı ve gelecek GATS görüşmeleri evresinde kaldırılacağı beklenir. Geçenlerde çevrim içi (online) kumar üzerine Dünya Ticaret Örgütü uyuşmazlık çözümü olgusu, daha önce tartışılan OOPS taahhütleri-

ne bir örnek oluşturur (World Trade Organization, 2004, 2005b). Antigua ve Barbuda, Birleşik Devletler'in çevrim içi kumar hizmetlerini "diğer dinlence (spor hariç) hizmetleri"nde piyasa erişimi taahhüdünün parçası olarak planladığını iddia ederken, Birleşik Devletler, kumar ve bahis hizmetlerinin, dışladığı spor hizmetleri içinde yer aldığına inandığından, böyle bir taahhüt vermediğini düşünmektedir (World Trade Organization, 2004; Ortino, 2006). Benzer şekilde 1994'te Kanada, özel sağlık sigortası, Kanada'nın taahhüt etmediği sağlık hizmet sektörü içinde yer almayıp, taahhüt ettiği mali hizmetler sektörü içinde yer aldığından, kazara, özel sağlık sigortasında ticaret taahhüdü verdi (Campbell et al., 2003).

Antigua ve Barbuda vakası politika alanı için diğer bir sorunlu konunun altını çizer. Uyuşmazlık mahkemesi çevrim içi kumarı tümden yasaklamanın (hem yerli hem de yabancı tedarikçilere aynı muamelenin yapılmasının), herhangi bir potansiyel yabancı tedarikçiye bir "sıfır kota" sınırlaması oluşturduğundan, Birleşik Devletler'in GATS taahhüdünü ihlal edeceğine karar verdi (Pauweyln, 2005a;World Trade Organization, 2005b; Pauweyln, 2005b). Temyiz kurumu Birleşik Devletler'in bu kuralı "kamu ahlakını korumak veya kamu düzenini sürdürmek için gerekli" bir önlem olarak (GATS altında izin verilen istisnalardan biri) ihlal edebileceğini belirtti. Ancak şayet bu yorum Dünya Ticaret Örgütü içinde hakim olursa, bu durum, GATS'ta belirli etkinliklerin hem yerli hem de yabancı tedarikçilere yasaklandığı (ayrımsız yasaklama) bir hizmet sektörü hükümetler tarafından taahhüt edilse bile, yasaklama basitçe yabancı tedarikçilere pazar erişimini azaltacağından, bir ticari uyuşmazlığı kaybedebilecekleri anlamına gelir.

Hizmet koşulları daha ticarileştirildikçe ve küreselleştirildikçe, GATS ve GATS şartları daha önemli olacaktır. Maliyetleri frenleme politikalarının GATS altında nasıl sorun haline gelebileceğine özel önem verilmesi gerekir. Örneğin, hastaların hekimlerini seçme özgürlüğünü reddetmek, sağlık hizmetlerinde ticaret için tam GATS taahhütleri altında muhtemelen kabul edilmeyecektir (Luff, 2003), ancak uygulamada sağlık sistemlerinin çoğu bu özgürlüğü çeşitli makul politik nedenlerle sınırlamaktadır. Sağlık sektöründe düzenleyici gereksinimlerin karmaşıklığı ile birlikte hizmetleri planlamadan önce her şeyi bilme gerekliliği, en güvenli düzenleyici seçeneğin, sağlık sektöründe hizmet taahhüdü yapmamak olduğu anlamına gelmektedir. Bu, sağlık sistemleri içindeki kaygılara hitap ederken, SSB'ye ilişkin kaygıların tümünü kapsamayacaktır.

Sonuçta, şimdilik özgün sektörler GATS dışında tutulabilirken, her görüşme döneminde daha derin taahhütler yapılması amacıyla GATS altındaki taahhütlerin gözden geçirilmesi uygulaması bunu etkileyecektir. Hâlihazırda verilen taahhütlerin kalıcı veya tamamen "değişmez" olması şart değilken – değiştirilebilir

veya geri çekilebilirler – bu, bir alanda taahhütleri sınırlamak veya geri çekmek karşılığında bir başka alanda taahhütleri genişletmek zorunda olunduğundan, ülkeler için pahalıya mal olabilir.

SAĞLIK VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI İÇİN POLİTİKA ALANI

Geniş bir literatür, ticaretle ilişkili fikri mülkiyet hakları ile endüstriyel politika stratejileri yoluyla kalkınma arasındaki ilişkiyi (bakınız Lall, 2003; Shadlen, 2005a; United Nations Conference on Trade and Development, 2007b) ve genlere, bitkilere, yaşam biçimlerine patent verilmesi ve biyolojik araştırma düzenlemesi arasındaki ilişkiyi (Shiva, 2001; Commission on Intellectual Property Rights, 2002; Jaffe ve Lerner, 2004; Koo, Nottenburg ve Pardey, 2004; Jansen ve Murray, 2005; Sampath, 2005; Correa, 2006; Howse, 2007) tanımlamaktadır. Ticaretle İlişkili Fikri Mülkiyet Hakları (TRIPS) anlaşması bu ciltte diğer bir bölümde (Bölüm 11) ele alındığından, burada sadece sağlık için ulusal politik alan ile özellikle farmasötik politikalarda seçeneklerin kapsamını sınırlayanlarla ilgili fikri mülkiyet hakları konularını ele alacağız. Buna ilişkin anahtar konu iki-taraflı anlaşmalar olup, TRIPS anlaşmasının içerdiği kısıtlayıcı tedbirlerin çok ötesine geçen, gelişmiş ve aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde ulusal geri ödeme ve fiyatlandırma politikalarını etkileyen tedbirleri kapsar (Drahos ve Henry, 2004; Doran ve Henry, 2008). Bu genişlemenin bir örneği, kendi fikri mülkiyet çıkarlarını tehdit ettiğini düşündüğü ülkelerin yer aldığı Birleşik Devletler 301 ticari izleme listesinde yansıdı. Bu listede açıkça belirtildi ki: "bir ülkenin fikri mülkiyet hakları rejimi yeterli olsa dahi, fiyat kontrolleri, düzenleme ve diğer piyasa erişim engelleri yeni ilaçların geliştirilmesini caydırmaya hizmet edebilir. Bu engeller, referans fiyatlandırma, onay gecikmeleri ve onay için prosedür engelleri, dağıtım ve reçeteleme üzerine kısıtlamalar ve adil olmayan geri ödeme politikaları dâhil çeşitli bağlamlarda ortaya çıkabilir" (United States Trade Representative, 2006). Birleşik Devletler'in izleme listesine Norveç, farmasötik ücretlendirme politikaları nedeniyle eklendi ve ilaç endüstrisi Finlandiya'yı, eğer TRIPS'le uyumlu referans ücretlendirme politikaları uygularsa, aynı kaderi paylaşmakla tehdit etti (United States Trade Representative, 2008; Anonymous, 2008).

Yenilik (buluş) stratejilerinin çekirdek bir ögesi olarak fikri mülkiyet haklarının güçlü bir şekilde korunmasının, hem ücretlendirme hem ilaçların akılcı kullanımı hem de bilgiye erişmede ve/veya araştırma politikaları geliştirmekte ulusal sağlık politikası alanına uzantıları da vardır. Fikri mülkiyet hakları, ticaret anlaşmaları ve sanayi politikasıyla ilişkili baskılar yalnızca varsıl ve yoksul ülkeler arasında farklı öncelikler konusu değil, aynı zamanda özel şirket sektörleri ve sağlık bakanlıkları arasında farklı öncelikler (şayet çatışma değilse) konusudur.

Bütün ülkelerde ilaç ücretlendirme politikalarında ve yeni antibiyotik nesilleri üzerine araştırma gibi yeterli ticari kâr getirmeyen fakat sağlıkta önemli özgün alanlarda yeterli araştırma ve geliştirme yapılmasını sağlamakta ortak çıkarlar bulunabilir (Wenzel, 2004; Norrby, Nord ve Finch, 2005; aynı zamanda bakınız Bölüm 11).

BORÇ VERENLER, YATIRIMCILAR VE POLİTİKA ALANI [4]

Ticaret anlaşmaları, politika alanı üzerinde kısıtlamalar için dayatan tek etken değildir; uluslararası borç verme ve yatırım uygulamaları da güçlü bir etki yapar. Dünya Bankası ve IMF, son 25 yılda birçok gelişmekte olan ülkede sosyal ve ekonomik politika bağlamının merkezi bir özelliği oldu. Dünya Bankası ve IMF, 1980'de dış borçlarını ödemek için ekonomilerini yeniden örgütlemeye gereksinim duyan ülkelere borç veremeye başladı; böylece bu kurumlar uluslararası kalkınma sözlüğüne giren yapısal uyum kavramı ile birlikte tanımlandı (Kahler, 1992). Bu borç vermenin ve borç vermeyle ilişkili yapısal uyum şartlarının arka planı giriş bölümünde verilmiştir. Burada şu kadarını söylemek yeterlidir ki, borç verme şartları, ticaret anlaşmaları gibi ulusal hükümetlerin kullanabileceği politika alanı üzerinde kısıtlılıklar yaratır; amaçları budur. Ancak, birkaç açık sorun bu kısıtlılıkların şiddeti ve etkisini değerlendirmeyi karmaşıklaştırır. Sıklıkla şartlar tam olarak uygulanmamıştır veya uzun zaman dirençle karşılaşmışlardır (Kahler, 1992; Killick, 2004). Analiz yaparken şartların etkilerini, yapısal uyum öncesi ekonomik krizlerin etkilerinden ayırt etmek güçtür. Bunların etkilerinin değerlendirilmesi bir veya daha çok karşı olgu varsayar: Dünya Bankası veya IMF tarafından müdahale olmasaydı ne olurdu veya diğer müdahale dizileri seçilseydi ne olurdu (Huber ve Solt, 2004)? Birçok ülkede borç verenlerin şartları, ulusal ekonomilerin yeniden yapılandırılmasına halkın veya seçmenlerin önceliklerini yansıtmayan şekillerde katkıda bulundu ve yaygın popüler direnci tahrik etti (Walton ve Seddon, 1994). En azından birkaç olguda borç verenlerin şartlarıyla ilişkili kısıtlılıklar, ulusal hükümetler tarafından da arzu edildi. Böylece IMF ile anlaşmalar yapmanın peşinde koşan bu hükümetler, uygulayamayacakları diğer politik değişimlerin kaçınılmazlığına ilişkin bir atmosfer yaratabildiler (Vreeland, 2003).

Yeni Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Belgeleri (Poverty Reduction Strategy Papers – PRSP) katılımcı tarafları genişletmiştir, ancak hâlâ yapısal uyum politikaları ve bunlarla ilişkili şartlarla birçok benzerlik göstermektedir. Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Belgeleri, Dünya Bankası ve IMF tarafından, Borcu Yüksek Yoksul Ülkeler Girişimi (şimdi Çok-taraflı Borç Hafifletme Girişimi – Multila-

[4] Bu kısımda ortaya konan konular üzerine daha kapsamlı bir tartışma Schrecker tarafından sağlanmıştır (gelecek bölüm).

teral Debt Relief Initiative (MDRI)) altında borç hafifletmesi almanın bir koşulu olarak onaylanmalıdır ve bu belgeler aynı zamanda giderek artan şekilde kalkınma yardımlarının diğer biçimlerine seçilebilirliği de belirlemektedir (Bölüm 7'ye de bakınız). Griesgraber ve Ugarteche (2006), Asya ve Latin Amerika'daki birçok orta-gelirli ülke, geniş döviz yedekleriyle[5] ve fona borçlarını erken ödediklerinden IMF şartlarının potansiyel menzilinden oldukça dışarıda iken, düşük gelirli ülkelerin Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Belgeleri işlemleri ve 2005'te G8 tarafından ilan edilen Çok-taraflı Borç Hafifletme Girişimi ile ilişkili yeni şartlarla "IMF'e bağlı kaldığına" dikkat çekmektedirler. Dahası, özel yatırımcılar bir ülkenin makroekonomik politikalarına IMF onayını bir onay mührü olarak gördüklerinden, uygulamada IMF'in etkisi biçimsel şartların ötesine uzanır (Woods, 2006b, s. 375 – 376) ve gerçekten de ellerindeki kaynaklar IMF kaynaklarını tamamlamak için gereklidir (Gould, 2003).

"Malileştirme" (financialization) son birkaç on yıldır birçok ulusal ekonominin ve özellikle küresel ekonomik sistemin işleyişinde baskın eğilimler arasında yer aldı (Epstein, 2005). 2006 yılında yeni üretim tesisleri kurmak veya mevcut varlıkları edinmek için toplam doğrudan yabancı yatırım miktarı 1,2 trilyon Birleşik Devletler Doları iken, dünyanın mali marketlerinde *günlük* "geleneksel" döviz işlemlerinin miktarı şimdi 3,2 trilyon Birleşik Devletler Doları olarak tahmin edilmektedir ve buna pazarları daha da hızlı büyüyen çeşitli mali türevler dâhil değildir (Bank for International Settlements, 2007; United Nations Conference on Trade and Development, 2007a).

Kısa-dönemli aşırı hareketli yatırım akışları, milyonları olumsuz sağlık çıktılarıyla sonuçlanan yoksulluk ve ekonomik güvencesizliğe iten mali krizlere yol açabilir[6]; Aralık 1994 – Mart 1995 arasında negatif yatırımın, Meksika Pezosunun değerini Birleşik Devletler Doları karşısında yarıya indirdiğinde görüldüğü gibi (US General Accounting Office, 1996). Meksikalıların satın alma gücünde meydana gelen ani hasar, ücret azaltmaları, işçi azaltmaları ve yatırımcı güvenini yeniden kazanmak için gerekli kamu sektörü kemer sıkma tedbirleriyle birleşti (Grinspun ve Cameron, 1993; Dussel Peters, 2000; Cypher, 2001). 1997–1998 Asya mali krizinde, yine ekonomik olarak kırılgan olanların üzerine "yatırımcı güvenini" yeniden kazanmak için gerekli kamu sektörü kemer sıkma tedbirleriy-

[5] Mali kriz tehdidine karşı bazı ekonomilerin kırılganlığını azaltan yedek döviz birikimi bedelsiz gelmedi. Yedek döviz birikimi gelişmekte olan ülkelerden, esas olarak Asya ülkelerinden, 2005'te 480 milyar Birleşik Devletler Dolarından fazla bir net mali çıkışa katkı yaptı (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2006, s.65–88). Bu kayıp, kısmen, hükümetlerin, daha yüksek faiz oranlarıyla iç borçlanma yapmak zorunda kalırken, bu yedekler üzerinden (örneğin, yedekler Birleşik Devletler hazine bonoları olarak saklandığında) çok düşük faiz oranları almasıyla açıklanabilir. Böylece aslında yoksul ülkeler zengin ülkelere net bir kayıpla borç vererek, bu süreçte iç yatırım ve büyüme fırsatlarını yitiriyorlar.

[6] Bunların nasıl gerçekleştiğinin açıklaması için bakınız Hopkins (2006).

le birleşen etkilerle, Tayland ve Kore para birimlerinin değerinin hatırı sayılır ölçüde düştüğü, hatta Endonezya para biriminin daha şiddetli değer kaybettiği (Martinez, 1998) görüldü. Mali krizlerin, yitirilen gayri safi milli hasıla (böylece devlet gelirleri) ve istihdam bakımından oluşturduğu hasar çok önemli boyutta olabilir; Griffith-Jones ve Gottschalk (2006) 1997-2002 döneminde Asya mili krizinin, etkilenen ülkelere maliyetini 917 milyar Birleşik Devletler Doları olarak tahmin etti ve Hoeven ve Lübker (2005) tarafından 10 ülkede mali krizlerin karşılaştırılması, mali krizlerden sonra istihdamdaki düzelmenin gayri safi milli hasıladaki düzelme eğiliminden çok daha yavaş olduğunu gösterdi. Daha öte bir etki, Dolar veya diğer sağlam para birimleri üzerinden dış borç yükümlülüklerinin değerinin devalüasyonla tırmanarak, yurtiçi kamu sektörü bütçeleri üzerinde ek ekonomik kısıtlılıklar yaratmasıdır (Koelble ve Lipuma, 2006).

Büyük kısa-dönemli sermaye akımlarının yarattığı mali krizler altında yatan güç dinamiği, 1994–1995'de Meksika Pezosunun düşüşü ardından eski Uluslararası Para Fonu Genel Müdürü Michel Camdessus tarafından tanımlanmıştır:

> Başarıyla büyük sermaye girişlerini çeken ülkeler, uluslararası sermayeye sürekli erişimlerinin otomatik olmadığını ve erişim koşullarının garanti edilmediğini akıllarında tutmak zorundadırlar. Burada karar verdirici etken, piyasa algılarıdır: Ülkenin politikalarının temelde sağlam, ekonomik geleceğinde ümit-var kabul edilip edilmediği. Buradan çıkan sonuç, piyasanın bu altta yatan temeller üzerine algısındaki değişimlerin oldukça hızlı, acımasız ve istikrarsızlaştırıcı olabileceğidir (Camdessus, 1995).

Pazarların gücüne ilişkin bu açık sözlü gözlem, yazarı kadar içeriği bakımından da dikkat çekicidir; öyle ki şimdi neredeyse herkes tarafından kabul edilmektedir.

Griffith-Jones ve Stallings (1995) mali piyasaların politika alanı üzerinde yarattığı kısıtlamayı, çok yanlı mali kurumlardan borç almaya ilişkin açık şartların tersine, "üstü kapalı şart" olarak tanımlamıştır. Üstü kapalı şart, politika alanı üzerine diğer kısıtlamalar gibi beklenen tepki mekanizması yoluyla işler: sağlıkla ilişkili temel gereksinimlere erişimi iyileştirmeyi taahhüt eden hükümetler dahi, aynı doğrudan yabancı yatırım kaynakları tarafından olumsuz görülebilecek politikaları uygulamakta ikircikli olabilecekleri gibi, mali piyasaları hoşnutsuz etmenin etkilerine dair riskler karşısında da ikircikliditler.

Brezilya'da İşçi Partisi (2002 seçimleri öncesinde) veya Güney Afrika'da Afrika Ulusal Kongresi tarafından (demokratikleşmeden sonra) benimsenebilecek politikalara ilişkin yatırımcı kaygısı, bu ülkelerde ülkelerin para birimlerinin değerini kabaca %40 düşürerek, bu hükümetleri, makul bir şekilde, en azından geçici olarak, para birimlerinin daha fazla değer yitirmesi riskindense, yüksek işsizlik ve sınırlı toplumsal harcamaları kabul etmeye yöneltti (Evans, 2005; Koelble

ve Lipuma, 2006). Güney Afrika'da sonuç "sönük kalkınma ve mükemmel makroekonomik çıktılar" oldu (Streak, 2004). Sönük kalkınma, 1996–2000 yılları arasında her yıl negatif istihdam büyümesi ve %30'un üzerinde bir resmi işsizlik hızı ile birlikteydi. Daha geniş bir ölçekle hesaplanan resmi olmayan işsizlik hızı hatırı sayılır ölçüde yüksekti ve hâlen yüksektir (Kingdon ve Knight, 2005).

Latin Amerika üzerine yazan ekonomist John Williamson "zenginlere ağır vergiler yüklemek suretiyle, daha çok yoksullar lehine olan toplumsal harcamaları arttırmanın" kavramsal olarak çekici olduğunu ancak "bunu çok ileri taşımanın, çok sayıda Latin zenginin varlıklarının çoğunu Miami'ye yerleştirme seçenekleri olduğundan, pratik olmayacağını" öne sürdü (Williamson, 2004, s.13). Bu, sermaye kaçışının kamu politikası üzerine yarattığı kısıtlılığın bir örneğidir: Zenginin varlıklarını "toplumsal kontrol"den (vergilendirme gibi) veya devalüasyon risklerinden kaçınmak için yurtdışına taşıma işlemi (Ndikumana ve Boyce, 1998, s.199; ayrıca bakınız Beja, 2006, s.265). Söz konusu kaynak akışları muazzamdır. Ndikumana ve Boyce (2003) 1970 ve 1996 arasında Sahra-Altı Afrika'dan (dünyanın en yoksul ülkelerinin çoğunu kapsayan bölge) sermaye kaçışının değerini 186,8 milyar Birleşik Devletler Doları (1996 Dolar kuruyla) olarak tahmin etmişlerdir. Bu dönem boyunca "yabancı borç olarak bölgeye giren kabaca her bir Doların 80 senti, *aynı yıl içinde* sermaye kaçışı olarak geri (dışarı) dönmüştür" (Ndikumana ve Boyce, 2003, s. 122; vurgular eklenmiştir). Yazarlar aynı zamanda 1970 ve 1996 arasında 25 Afrika ülkesinden sermaye kaçışının birikimli değerinin artı atfedilen faiz kazanımlarının, 1996'da bu 25 ülkenin bir araya getirilmiş dış borçlarının toplam değerinden hatırı sayılır derecede *yüksek* olduğu sonucuna varmışlardır (Boyce ve Ndikumana, 2001). Benzer bir yöntem kullanan Beja (2006) 1970–2000 döneminde Endonezya, Malezya, Filipinler ve Tayland'dan sermaye kaçışının birikimli değerinin 1 trilyon Birleşik Devletler Doları olduğunu tahmin etmiştir. 2001 sonunda Arjantin, Pezosunun Birleşik Devletler Doları karşısında %60'tan fazla değer yitirdiği ve 2002'de gayri safi milli hasılasının %11 düştüğü bir ekonomik çöküşe giderken, Arjantinlilerin yurtdışında tuttukları varlıklarının değerinin ülkenin dış borcunun toplamına eşit olduğu hesaplandı (Centro de Estudios Legales y Sociales, 2003).

Çağdaş mali piyasaların ulusal politik alan üzerinde yarattıkları kısıtlılıkların anlaşılması, bu piyasaların izole bir şekilde işlemediklerinin farkında olmayı gerektirir. Hatta, politikayı Cerny'nin deyişiyle "rekabet durumu"na doğru yaklaştırmak yoluyla, doğrudan yabancı yatırım ve dış kaynaklı üretim yarışındaki baskıları güçlendirirler: "Rekabet durumunun ana odağı, ülke içinde yerleşik firma ve sektörleri, uluslararası piyasalarda rekabetçi hale getirecek olan, ülke içi veya dışı ekonomik etkinliklerin arttırılmasıdır (Cerny, 2000, s.136). Sonuç olarak sıklıkla kamusal politika içeriği üzerinde az sayıda sınırlayıcı biçimsel demokra-

si süreçleri birlikte bulunur. Kısıtlılıklar, Sassen tarafından hükümetler üzerindeki gücü biçimsel politik katılımdan değil, hareketli varlıklara sahip olmaktan gelen "bir tür küresel, sınır aşırı ekonomik seçmen" üzerinden tanımlanmaktadır (Sassen, 1996, s.40). Bu kısıtlılığın ne ölçüde iş göreceği, bir ülkenin veya bölgenin dünya ekonomik sistemindeki konumuna bağlı olarak değişecektir ve asla mutlak değildir; örneğin Malezya hükümetinin Asya mali krizinin hemen ardından IMF reçetelerine karşı başarıyla direnmesinin ortaya koyduğu gibi. Malezya hükümetinin bunun yerine hem krizin etkilerini azaltan hem de daha sonra Malezya ekonomisinin düzelmesini hızlandıran sermaye kontrolü dayatması birçok gözlemci tarafından beğenilmiştir. Ancak, kısıtlama küçümsenmemelidir. Örneğin küresel mali piyasaların gerçekte nasıl çalıştıklarını araştıran en başarılı araştırmacılardan biri (Mosley, 2003) uyarmıştır: "Dış mali piyasa baskısı bakımından, eşitlikçi bir yeniden dağıtıma en çok gereksinimi olan toplumlar, bunu en zor başarabilecek olanlardır" (Mosley, 2006, s.90).

FİKİRLERİN KÜRESELLEŞMESİ

Kamusal politika ve küreselleşmede önemli olan fikirler, aynı zamanda ekonomik politikada neyin gerçekleştirilebilir ve olanaklı olduğuna ilişkin varsayımların dünya ölçeğinde yayılması hakkındadır – özellikle neo-liberal veya piyasa yönelimli politik bakış açıları (Deacon, Stubbs ve Hulse, 1997; Scholte, 2000; Gill ve Bakker, 2006). Przeworski ve arkadaşları demokrasinin sürdürülebilirliği raporlarının önsözünde hızlı ekonomik serbestinin benimsenmesinin, "özellikle Doğu Avrupa'da (ancak yalnız burada değil)", bir neo-liberal ideolojinin yaşama geçirilmesini temsil ettiğini belirtmişlerdir: "Kuzey Amerika'nın akademik duvarları arasında gelişen ve uluslararası mali kurumlar tarafından şekillendirilen neo-liberal ideoloji... Kapitalizm tarihte ilk kez, bir tarihsel deneme yanılma süreci olarak evrilmekten çok, bir doktrinin uygulanması olarak benimseniyor" (1995, s.viii).

Dünya Bankası ve IMF bu süreçte önemli roller oynadı; sadece borç veren rolleriyle değil, aynı zamanda fikir alanında da sağduyu tanımlayıcıları, bilgi üreticiler (Mehta, 2001; Wade, 2002; Broad, 2006) ve çoğunlukla neo-klasik ekonomi varsayımlarını paylaşan ulusötesi profesyoneller ağında kavşaklar, eğitim deneyimleri (Birleşik Devletler ve İngiltere üniversitelerinin ekonomi bölümlerinde dikkati çeken) ve kariyer yolları olarak etkili oldular (Lee ve Goodman, 2002; Woods, 2006a, s. 53-56). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) de sağlık sistemi reformlarının küreselleşmesinde anahtar bir aktör olarak tanımlandı (Moran ve Wood, 1996). Dünya Bankası'nın sağlık sektörü dışında etkisi, örneğin Pinochet'nin Şili liderliğini takiben Latin Amerika'da emekliliğin özelleştirilmesinin savunulmasında belirgindi. Bankanın bazen emeklilik

"reformu" şartına bağlı olarak borç vermesine karşın, asıl büyük etkisi "kuralların öğretmeni" ve daha genel olarak ekonomik serbestinin savunucusu olmaktı (Mesa-Lago ve Müler, 2002, s.709–712; Brooks, 2004, s.54–65). Dünya Bankası belgeleri, yardım politikalarında politika aktörleri ve danışmanlık şirketleri arasında önemli kaynaklar haline gelme eğilimindedir ve bu nedenle birçok yardıma-bağımlı ülke tarafından yapılan politika seçimlerinde, bu belgeler ve temel varsayımları ilk kez ortaya konduktan on yıllar sonra dahi, oldukça etkilidir. Bu varsayımların çoğu yenilenmiş bir ses de bulur; böylece, piyasaya dayalı mekanizmaların önceliğine yapılan vurgu, Dünya Bankası 2000 *Sosyal Koruma Sektörü Stratejisi*'nde belirgin bir şekilde korunmuştur. Bu belge "dünya-ölçeğinde mevcut gerçeklerle daha uyumlu yeni bir sosyal koruma anlayışı"na gereksinim doğurmuştur. Bu konumu desteklemek için "mükemmel bilgi eşitliği ve tam, iyi işleyen piyasaları olan ideal bir dünyada, bütün risk yönetimi düzenlemeleri (yetersizler/beceriksizler hariç) piyasaya dayalı olabilir ve olmalıdır (Holzmann ve Jörgensen, 2001, s.16). Özellikle Sosyal Koruma Sektörü Stratejisi, aynı zamanda nasıl küreselleşmeye dayalı ekonomik güç dağılımının ve mülkiyet haklarının da küreselleşmenin doğurduğu iddia edilen "dünya ölçeğinde gerçekler" yarattığının bir örneğidir.

SONUÇ: POLİTİKA ALANI YARATMAK VE BUNU KORUMAK

Küreselleşmenin oluşturduğu bağlama karşın, ulusal ve alt-ulusal düzeyde, sağlığı ve SSB'yi destekleyen politikalar için azımsanamayacak bir alan vardır. Bu alanın genişliği ülkenin dünya ekonomisi içindeki, örneğin ticaret görüşmelerindeki pazarlık gücünde ve küresel mali piyasalarla ilişkisinde yansıyan, konumuna bağlıdır. Politika seçimleri neyin ekonomik olarak sağlam, gerçekleştirilebilir ve olanaklı olduğu hakkındaki varsayımlarla çerçevelenmiştir. Bu alanın sağlık için kullanılıp, kullanılmayacağı ulusal politikaya, seçimlere ve sağlık ve diğer önceliklerle ilişkili politikalara bağlıdır. Ancak, küreselleşmeyle ilişkili, birçoğu bizzat küreselleşmeden doğan hem resmi hem de gayriresmi kısıtlamalar, hükümetlerin toplumsal eşitsizlikleri azaltmakta kullanabileceği politik tedbirler yelpazesini sınırlar (ayrıca Bölüm 2'ye bakınız).

Hükümetlerin, sermaye hareketliliğini arttıran veya yatırımcılar üzerinde kendi "toplumsal kontrol" uygulama yeteneğini sınırlayan taahhütlerin, sağlık politikasına dair potansiyel sonuçlarını daha iyi anlamaları gereklidir. Aynı zamanda, özellikle ülkelerin kendi sınırları içinde toplumsal birlik için önemli olan dağılım konularını işaret etmesi bakımından, ülke kapasitesi hakkında verilen kararların önemine dikkat çekebilecek uluslararası mali kurumlara ve çok-taraflı, bölgesel ve ikili ticaret görüşmelerine odaklanan küresel çapta eylemlere gereksinim vardır.

Uluslararası ticaret anlaşmaları ulusal politika alanını sınırlamak üzere tasarlanmışlardır. Sağlık politikası yapıcılarının ticaret anlaşmalarının sağlık için ulusal politika alanında etkilerinin ne olduğunu – özellikle düzenleyici ve maliyet etkileri – anlamaları gerekir. Aynı zamanda, önceliklerinin ticaret anlaşmaları tarafından riske atılmadığını; riske atılmışsa, bunlara yeterli telafi edici mekanizmaların eşlik etmesini sağlamak için ulusal düzeyde ticaret ve ekonomi politikası görüşmelerine ilişkin kendi önceliklerini ifade edebilmelerine gereksinimleri vardır.

Ticaret görüşmeleri uygulamaları planlanmamış OOPS taahhütlerine yol açabileceğinden, açık ve anlaşılır ulusal ticaret politikası öncelikleri rehberliğindeki görüşmeler sırasında sağlık için politika alanının korunmasına yardımcı olabilir. Aynı zamanda sağlık sistemlerini etkileyen bütün politikaların çok-taraflı, bölgesel ve iki-taraflı ticaret anlaşmalarından çıkartılması da mümkündür. Diğer seçenekler, ticaret yerine Dünya Sağlık Örgütü altında veya uygun olduğunda diğer uzman kuruluşların rehberliğinde sağlık temelinde özgün bölgesel veya küresel işbirliği düzenlemelerini veya anlaşmalarını içerebilir. Ancak, böyle tedbirler sağlık sistemlerine ilişkin bazı kaygılara hitap edebilirken, bunlar SSB'ye ilişkin sorunlara hitap etmeyeceklerdir.

Ulusal hükümetlerin eşitliğe yönelimli sağlık ve sosyal politikaları izleme yeteneklerini sınırlamak için mali piyasaların kullandığı yolları ele almak aşılması güç zorluklar ortaya koyar; ancak bu, Sassen (1996) tarafından tanımlanan "sınır ötesi ekonomik seçmen"in çıkarlarına bir karşı kuvvet olarak muhtemelen olmazsa olmazdır. Bu iddialı projeyi "yeniden dağıtım, düzenleme ve haklar" yoluyla ileri taşıyacak geniş politika doğrultuları Bölüm 13'te ana hatlarıyla belirtilmiştir.

Sonuç olarak, fikirlerin küreselleşmesiyle, başta ulusal ekonomik rekabet yeteneğini sürdürme zorunluluğu tarafından yaratılan politika kümelenmesi ile ortaya çıkan baskılar bağlamında neyin gerçekleştirilebilir, arzu edilir ve olası olduğuna ilişkin bir yüzleşmeye gereksinim vardır. Bu nedenle, yalnızca küreselleşmenin kalkınmaya etkileri ve hükümetlerin tasarrufundaki ekonomik ve sanayi politikaları yelpazesine getirilen sınırlara değil, aynı zamanda küreselleşmenin kapsam ve hükümetlerin, başta sağlık, sağlık sistemleri ve sosyal güvenliğe ilişkin olanlar olmak üzere, düzenleyici ve yeniden dağıtıcı politikaları üstlenme kapasitelerini değiştirme yollarına da dikkat çekilmesi önemlidir.

KAYNAKLAR

Adlung, R. (2006). Public Services and the GATS. *Journal of International Economic Law,* 9, 455-85.

Aizenman, J., & Jinjarak, Y. (2006). *Globalization and developing countries-a shrinking tax base?* No. 11933. Cambridge, MA: UCSC and the National Bureau of Economic Research BER NTU Economics Departmen, E2 Division of Economics. Retrieved from: http://www.naber.org/papers/w11933.

Anonymous (2008). Mita Norja edella sita Soumi perassa. Tiedote. Press Release *[What Norway does first, Finland will follow]*. Laaketeollisuus [online]. Retrieved from: http://www.laaketeollisuus.fi/page.php?page_id=99&offset=&news_id=28.

Babb, S. (2005). The social consequences of structural adjustment: Recent evidence and current debates. *Annual Review of Sociology,* 31, 199-222.

Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity. Researchand public policy.* Oxford: Oxford University Press.

Bank for International Settlements. (2007). *Triennial central bank survey: Foreign exchange and derivatives market activity in 2007.* Basel: BIS. Retrieved from: http://www.bis.org/publ/rpfxf07t.htm.

Baunsgaard, T., & Keen, M. (2005). *Tax Revenue and (or?) trade liberalization,* IMF Working Papers No. WP/05/112. Washington, DC: International Monetary Fund. Retrieved from: http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2005/wp05112.pdf.

Beja, E. L. (2006). Was capital fleeing Southeast Asia? Estimates from Indonesia, Malaysia, the Philippines, and Thailand. *Asia Pacific Business Review,* 12, 261-83.

Bialious, S. A., & Yach, D. (2001). Whose standard is it anyway? How the tobacco industry determines the International Organisation for Standardisation (ISO) standards for tobacco and tobacco products. *Tabacco Control,* 10, 96-104.

Birdsall, N. (2006a). *Stormy days on an open field: Asymmetries in the global economy,* Research Papers No. 2006/31. Helsinki: World Institute for Development Economics Research. Retrieved from. http://www.wider.unu.edu/publications/annual-lectures/annual-lecture-2005.pdf.

Boyce, J. K., & Ndikumana, L. (2001). Is Africa a net creditor? New estimates of capital flight from severely indebted sub-Saharan African countries, 1970-96. *Journal of Development Studies,* 38, 27-56.

Braithwaite, J., & Drahos, P. (1999). Ratcheting up and driving down global regulatory standards. *Development,* 42, 109-14.

Broad, R. (2006). Research, knowledge, and the art of "paradigm maintenance": The World Bank's Development economics vice-presidency (DEC). *Review of International Political Economy,* 13, 387-419.

Brooks, S. M. (2004). International financial institutions and the diffusion of foreign models for social security reform in Latin America. In K. Weyland (ed.), *Learning from foreign models in Latin American policy reform* (pp. 53-80). Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press.

Camdessus, M. (1995). *The IMF and the challenges of globalization-the fund's evolving approach to its constant mission. The case of Mexico.* Address at Zurich Economics Society No. 95/17. Washington, DC: International Monetary Fund. Retrieved from: http://imf.org/external/np/sec/mds/1995/mds8517.htm.

Cambell, B., Blouin, C., Foster, J., Labonté, R., Lexchin, J., Sanger, M., et al. (2003). *Putting health first: Canadian health care, trade treaties and foreign policy.* Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives. Retrieved from: www.policyalternatives.co.

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2003). Argentina. In the hands of the oligopoly of foreign capital. In Social Watch (ed.), *The poor and the market: Social watch report 2003* (pp. 82-83). Montevideo, Uruguay: Instituto del Tercer Mundo.

Cerny, P. G. (2000). Restructuring the political arena. Globalization and the paradoxes of the competition state. In R. D. Germain (ed.) *Globalization and its critics: Perspectives from political economy* (pp. 117-38). Houndmills, UK: Macmillan.

Chang, H. J. (2005). *Why developing countries need tariffs. How WTO NAMA negatiations could deny developing countries' right to a futer.* Geneva: South Centre. Retrieved from: http://www.southcentre.org/publications/SouthPerspectiveSeries/WhyDevCountriesNeed TariffsNew.pdf.

Choudry, A. (2005). Corporate conquest, global geopolitics: Intellectual property rgihtsand bilateralinvestmentagreements. Asia-PacificResearc Network[online]. Retrievet from. http://www.iprcommission.org/papers/pdfs/final_report/CIPRfullfinal.pdf.

Correa, C. (2006). *Guidelines for the examination of pharmaceutical patents: Developing a public health perspective-a working paper.* Geneva: ICTSD/UNCTAD-WHO. Retrieved from: http://www.iprsonline.org/unctadictsd/docs/Correa_Pharmaceutical-Patents-Guidelines.pdf.

Cottier, T., Pauwelyn, J., &Burgi, E. (2005). *Human rights and international trade.* Oxford: Oxford University Press.

Cypher, J. M. (2001). Developing disarticulation within the Mexican economy. *Latin American Perspectives,* 28, 11-37.

Deacon, B., Stubbs, P., & Hulse, M. (1997). *Global social policy.* London: Sage.

Delimatsis, P. (2008). Determining the necessity of domestic regulations in services. The best is yet to come. *European Journal of International Law,* 19, 365-408.

deRenzio, P. (2005). *Scaling up versus absorptive capacity: Challenges and opportunities in reaching the MDGs in Africa.* ODI briefing paper. London: Overseas Development Institute. Retrieved from: http://www.odi.org.uk/publications/briefing/bp_may05_absorptive_capacity.pdf.

Dollar, D., & Kraay, a. (2002). *Growth is good for the poor.* Washington, DC: World Bank. Retrieved from: www.worldbank.org/research.

Dommen, C. (2002). Raising human rights concerns in the World Trade Organisation: Actors processes and possible strategies. *Human Rights Quarterly,* 24, 1-50.

Doran, E., & Henry, D. A. (2008). Australian pharmaceutical policy: Price control, equity, and drug innovation in Australia. *Journal of Public Health Policy,* 29, 106-20.

Drahos, P., & Henry, D. (2004). The free trade agreement between Austalia and US undermines Australian public health and protects US interest in pharma-ceuticals. *British Medical Journal,* 328, 1271-72.

Dussel Peters, E. (2000). *Polarizing Mexico: The impact of liberalization strategy.* Boulder, CO: Lynne Rienner.

Epstein, G. A. (2005). Introduction: Financialization and the world economy. In G. A. Apstein (ed.), *Financialization and the world economy* (pp. 3-16). Cheltenham, UK: Edward Elgar.

European Union-Mexico Free Trade Agreement. (2001). *Free trade agreement between the EFTA states and Mexico.* Retrieved from: http://www.worldtradelaw.net/fta/agreements/eftamexfta.pdf.

Evans, P. (2005). Neoliberalism as a political opportunity: Constraint and innovation in contemporary development stragey. In K. Gallagher (ed.), *Putting development first: The importance of policy space in the WTO and IFIs* (pp. 195-215). London: Zed Books.

Fidler, D. P., Correa, C., & Aginam, O. (2005). *Legal review of the General Agrrement on Trade in Services (GATS) from a health policy perspective.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/trade/resource/GATS_Legal_Review_15_12_05.pdf.

Fink, C., & Reichenmiller, P. (2005). *Tightening TRIPS: The intellectual property provisions of recent US free trade agreements,* No. 20. Washington, DC: World Bank.

Gauthier, G., O'Brien, E., & Spencer, S. (2000). Déjà vu or new beginnig for safeguards and

subsidies rules in services trade. In P. Sauve & R. Stern (eds.), *GATS 2000: New directions in services trade liberalisation.* Washington, DC: Brookings Institution.

Gill, S., (Bakker, I. (2006). New constitutionalism and the social reproduction of caring institutions. *Theoretical Medicine and Bioethics,* 27, 35-57.

Goldstein, J., Kahler, M., Keohane, R., & Slaughetr, A. -M., eds. (2001). *Legalisation and world politics.* Cambridge: MIT Press.

Gould, E. R. (2003). Money talks: Supplementary financiers and International Monetary Fund conditionality. *International Organization,* 57, 551-86.

Griesgraber, J. M., &Ugarteche, O. (2006). The IMF today and tomorrow: Some civil society perspectives. *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations,* 12, 351-60.

Griffith-Jones, S., & Gottschalk, R. (2006). Financial vulnerability in Asia: Paper for Session 2: Challenges and risks to development in Asia. In *Asia 2015: Promoting growth, ending poverty.* London. London and Sussex: Institute of Development Studies and Overseas Development Istitute. Retrieved from. http://www.asia2015conference.org/pdfs/Griffith-Jones&Gottschalk.pdf.

Griffith-Jones, S. & Stallings, B. (1995). New global financial trends: Implications for development. In B. Stallings (ed.), *Global change, regional response: The new international context of development* (pp. 143-73). Cambridge: Cambridge University Press.

Grinspun, R., & Cameron, M. A. (1993). Mexico: The wages of trade: *NACLA Report on the Americas,* 26, 32-37.

Harvey, D. (2003). The "new" imperialism: Accumulation by dispossession. In L. Panitch & C. Leys (eds.), *Socialist register 2004: The new imperial challenge* (pp. 63-87). London: Merlin Press. Retrieved from: http://socialistregister.com/recent/2004.

Heller, P. S. (2005). *Understanding fiscal space.* IMF Policy Discussion Papers No. 05/4. Washington, DC: International Monetary Fund. Retrieved from: http://www.imf.org/external/pubs/ft/pdp/2005/pdp04.pdf.

Holzmann, R., & J^rgensen, s. (2001). *Social protection sector strategy: From safety net to springboard.* Washington, DC: World Bank. Retrieved from: http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/hddocs.nsf/2d5135ecbf351de6852566a90069b8b6/1628eb4593a78525681c0070a518/$FILE/complete.pdf.

Hopkins, S. (2006). Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy,* 75, 347-57.

Howse, R., ed. (2007). *Trade related aspects of intellectual property rights: A commentary on the TRIPS agreement.* Oxford: Oxford University Press.

Huber, E., & Solt, F. (2004). Successes and failures of neoliberalism. *Latin American Research Review,* 39, 150-64.

Independent Evaluation Office, I. M. F. (2007). *An evaluation of The IMF and aid to sub-Saharan Africa.* Washington, DC: IEO Publications. Retrieved from: http://www.imf.org/External/NP/ieo/2007/ssa/eng/index.htm.

International Organization for Standardization. (2006). *ISO in brief: International standarsfor a sustainable world.* Geneva: ISO.

Jaffe, A. B., & Lerner, J. (2004). *Innovation and its discontens: How our broken patentsystem is endagerin innovation and progress, and what to do about it.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Jawara, F., & Murray, F. (2005). Intellectual property landscape of the human genome. *Sience,* 310, 239-40.

Kahler, M. (1992). External influence, conditionality, and the politics of adjustment. In S.

Haggard & R. B. Kaufman (eds.), *The politics of economic adjustment* (pp. 89-136). Princeton, NJ: Princeton University Press.

Killick, T. (2004). Politics, evidence and the new aid agenda. *Development Policy Review,* 22, 5-29.

Kingdon, T., & Lipuma, E. (2006). The effects of circulatory capitalism on democratization: Observations from South Africa an Brazil. *Democratization,* 13, 605-31.

Koo, B., Nottenburg, C., & Pardey, P. (2004). Plants and intellectual property: An international approach. *Science,* 306, 1295-97.

Krajewski, M. (2003). Public services and trade liberalisation: Mapping the legal framework. *Journal of International Economic Law,* 6, 341-67.

Krikoria, G. P., &Szymkowiak, D. M. (2007). Intellectual property rights in the making: The evolution of intellectual property provisions in US free trade agreements and access to medicines. *The Journal of World Intellectual Property,* 10, 388 Krajewski 418.

Labonté, R., & Sanger, M. (2006). Glossary of the World Trade Organisation and public health: Part 1. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 60, 655-61.

Lall, S. (2003). *Reinventing industrial strategy: The role of government policy in building industrial competitiveness.* Prepared for the Intergovernmental Group on Monetary Affairs and Development (G-24). Oxford: International Development Centre, University of Oxford. Retrieved from: http://www.g24.org/slallgva.pdf.

Lee, K., & Goodman, H. (2002). Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980's. In K. Lee, K. Buse, & S. Fustukian 8eds.), *Health policy in a globalising world* (pp. 97-119). Cambridge: Cambridge University Press.

Lubker, M., Smith, G., & Weeks, J. (2002). Growth and the poor: A comment on Dollar and Krayy. *Journal of International Development,* 14, 555-71.

Luff, D. (2003). Regulation of health services and international trade law. In A. Matto & P. Sauve (eds.), *Domestic regulation and service trade liberalisation* (pp. 191-220). Washington, DC: World Bank and Oxford University Press.

Martinez, G. O. (1998). What lessons does the Mexican crisis hold for recovery in Asia? *Finance and Development,* 35, 6.

Mattli, W., & Buthe, T. (2003). Setting international standards: Technological rationality or primacy of power. *World Politics,* 56, 1-42.

Metha, L. (2001). Commentary: The World Bank and its emerging knowledge empire. *Human Organization,* 60, 189-96.

Mesa-Lago, C., & M¸ller, K. (2002). The politics of pension reform in Latin America. *Journal of Latin American Studies,* 34, 687-715.

Milanovic, b. (2003). The two faces of globalization: Against globalization as we know it. *World Development,* 31, 667-83.

Milward, b. (2000). What is structural adjustment? In G. Mohan, E. Brown, B. Milward, & A. B. Zack-Williams (eds.), *Structural adjustment: Theory, practice and impacts* (pp. 24-38). London: Rautledge.

Moran, M., & Wood, B. (1996). The globalisation of health care policy. In P. Gummett (ed.), *Globalisation and public policy.* Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Mosley, L. (2003). *Global capital and national governments.* Cambridge: Cambridge University Press.

———. (2006). Constraints, opportunities, and information: Financial marketgovernment relations around the world. In P. Bardhan, S. Bowles, & M. Waller-stein (eds.), *Globalization and egalitarian redistribution* (pp. 87-119). New York and Princeton, NJ: Russell Sage Foundation an Princeton University Press.

Nadvi, K. (2008). Global standars, global governance and the organization of global value chains. *Journal of Economic Geography,* 8, 1-21.

Ndikumana, L., & Boyce, J. K. (1998). Congo's odious debt: External borrowing and capital flight in Zaire. *Development and Change,* 29, 195-217.

———. (2003). Public debts and private assets: Explaining capital flight from sub-Saharan African countries. *World Development,* 31, 107-30.

Norrby, S., Nord, C., & Finch, R. (2005). Lack of development of new antimicrobial drugs: A potential serious threat to public health. *Lancet Infectious Diseases,* 5, 115-19.

Nye, H. L. M., Reddy, S. G., & Watkins, K. (2002). Dollar and Kraay on "trade, growth, and poverty": A critique. Retrieved from: http://www.maketradefair.com/assets/english/finalDKcritique.pdf.

Ooms, G., & Schrecker, T. (2005). Viewpoint: Expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations. *Lancet,* 365, 1821-23.

Ortino, F. (2006). Treaty interpretation and the WTO appellate body report in the US-gambling: A critique. *Journal of International Economic Law,* 9, 117-46.

Pauwelyn, J. (2003). *Conflict of norms in public international law. How WTO law relates to other rules of international law.* Cambridge: Cambridge University Press.

———. (2005a). Rein ne va plus? Distinguishing domestic regulation from market access in GATT and GATS. *World Trade Review,* 4, 131-70.

———. (2006b). WTO softens earlier condemnation of US ban on Internet gambling, but confirms broad reach to sensitive domestic regulation. ASIL Insight [online]. Retrieved from: www.asil.org/insights/2005/04/insights050412.html.

Przeworski, A., Bardhan, P., Bresser Pereira, L. C., Bruszt, L., Choi, J. J., Comisso, E. T., et al. (1995). *Sustainable democracy.* Cambridge: Cambridge University Press.

Roffe, P., & Spennermann, C. (2006). The impact of FTAs on public health policies and TRIPs flexibilities. *Journal of Intellectual Property Management,* 1, 75-93.

Sammpath, P. G. (2005). *Regulating bioprospecting. Institutions for drug research, access and benefit sharing.* Tokyo: United Nations University Press.

Sarbib, J. L., & Heller, P. S. (2005). Fiscal space: Response from World Bank and IMF. *Lancet,* 365, 2085.

Sassen, s. (1996). *Losing control? Sovereignty in an age of globalization.* New York: Columbia University Press.

Scholte, J. A. (2000). *Globalization: A critical introduction.* Houndmills, UK: Palgrave.

Schrecker, t. (farthcomming). The power of money: Global financial markets, national politics, and how they interact to affect social determinants of health. In O. D. Williams & A. Kay (eds.), *The crisis of global health governance: Political economy, ideas and institutions.* Houndmills, UK: Palgrave Macmillan.

Shadlen, K. C. (2005a). *Policy space for development in the WTO and beyond: The case of intellectual property rights,* GDEI Working Papers No. 05-06. Medford, MA: Global Development and Environment Institute, Tufts University.

———. (2005b). Exchanging development for market access? Deep integration and industrial policy under multilateral and regional-bilateral trade agreements. *Review of International Political Economy,* 12, 750-75.

Shaffer, E. R., Brenner, J. E., & Houston, T. P. (2005). International trade agreements: A threat to tobacco control policy. *Tobacco Control,* 14, ii19-ii25.

Shiva, V. (2001). *Protect or plunder.* London: Zed Books.

South Centre. (2004). *Strengthening developing countries' capacity for trade negotiations: Matching technical assistance to negotiating capacity constraints.* Special paper prepared

for the G77. Geneva: South Centre. Retrieved from: http://www.southcentre.org /index.php?option=com_content&task=view&id=358& Itemid=67.

Streak, J. C. (2004). The GEAR legacy: Did GEAR fail or move South Africa forward in development? *Development Southern Africa,* 21, 271-88.

UNESCO. (2005). Convention on the protection and promotion of the diversity of cultural expressions. UNESCO [online]. Retrieved from: http://unesdoc.unesco.org/images/0014/ 00142919e.pdf.

———. (2006). *Trade and development report, 2006: Global partnership and national policies for development.* New York and Geneva: United Nations. Retrieved from: http://www.unctad.org/Templates/Download.asp?docid=7183&lang=1&intltemID=2068.

———. (2007a). *Foreign direct investment surged again in 2006.* New Yor: UNCTAD. Retrieved from: http://www.unctad.org/en/docs/iteiiamisc20072_en.pdf.

———. (2007b). *The least developed countries report 2007: Knowledge, technological learning and innovation for development.* New York and Geneva: United Nations. Retrieved from: http://www.unctad.org/Templates/webflyer.asp?docid=8674&intItemID=4314& lang=1&mode=dowloads.

United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2005). *Report on the world social situation: The inequity predicament.* New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.

———. (2006). *World economic situation and prospects 2006.* New York: United Nations. Retrieved from: http://www.un.org/esa/policy/wess/wesp2006files/wesp2006.pdf.

United States Trade Representative. (2006). *2006 special 301 report.* Washington, DC: Office of the USTR. Retrieved from: http://www.ustr.gov/assets/Document_Library/ Reports_Publications/2006/2006_Special_301_Review/asset_upload_file473_9336.pdf.

———. (2008). *2008 special 301 report.* Washington, DC: Office of the USTR. Retrieved from: http://www.ustr.gov/assets/Document_Library/Reports_Publications/2008/2008_ Special_301_Report/asset_upload_file553_14869.pdf.

U. S. General Accounting Office. (1996). *Mexico's financial crisis: Origins, awareness, assistance, and initial efforts to recover GAO/GGD-96-56.* Washington, DC: U. S. General Accounting Office.

van der Hoeven, R., & B¸bker, M. (2005). Financial openness adn employment: A challenge for international and national institutuions. In *2006 meeting, global development network,* St. Petersburg. Geneva: Inernational Policy Group, International Labour Office. Retrieved from: http://ctool.gdnet.org/conf_docs/Hoeven_Paper_Lunch%20Time%20Session_ ILO.pdf.

Veggeland, F., & Borgen, S. O. (2005). Negatiating international food standards: The World Trade Organisation's impact on the Codex Alimentarius Commission. *Governance: An International Journal of Policy, Administration and Institutions,* 18, 675-708.

Vreeland, J. R. (2003). Why do governments and the IMF enter into agreements? Statistically selected cases. *International Political Science Review/Revue Internationale de Science Politique,* 24, 321-43.

Wade, R. H. (2002). US hegemony and the World Bank: The fight over people and ideas. *Review of International Political Economy,* 9, 201-29.

Walton, J., & Seddon, D. (1994). *Free markets & food riots: The politics of global adjustment.* Oxford: Blackwell.

Wenzel, R. (2004). The antibiotic pipeline-challenges, costs and values. *New England Journal of Medicine,* 361, 523-26.

Williamson, J. (2004). *The Washington consensus as policy prescription for developmen,*

World Bank Practitioners for development lecture. World Bank Practitioners for Development lecture series. Washington, DC: Institute for International Economics. Retrieved from: http://www.iie.com/publications/papers/williamson0204.pdf.

Wood. A. (2006). *IMF mecroeconomic policies and health sector budgets.* Amsterdam: Wemos Foundation. Retrieved from: http://www.wemos.nl/Documents/wemos_synthesis_report.pdf.

Woods, N. (2006a). *The globalizers: The IMF, the World Bank, and their borrowers.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

———. (2006b). Understanding pathways through financial crises and the impact of the IMF: An introduction. *Global Governance: A Review of Multilateralism and International Organizations,* 12, 373-94.

World Bank. (2004). *Global economic prospects 2005: Trade, regionalism, and development.* Washington, DC: World Bank.

World Trade Organization. (1998). *European communities: Measures concerning meat and meat products (hormones).* No. WT/DS26AB/R. Geneva: World Trade Organization.

———. (1999). *Report of the panel: Chile-taxes on alcoholic beverages.* No. WT/DS87/R. Geneva: World Trade Organization.

———. (2000). *European communities: Measures affecting asbestos and asbestos containing products.* No. WT/DS135/R. Geveva: World Trade Organization.

———. (2001). *European communities: Measures affecting asbestos and asbestos-containing products-report of the appelate body.* No. WT/DS135/AB/R World Trade Organization.

———. (2004). *United States: Measures affecting the cross-border supply of gambling and betting services.* No. WT/DS285/R. Geneva: World Trade Organization.

———. (2005a). *Dominican Republic: Measures affecting the importation and internal sale of cigarettes.* No. WT/D/DS302/AB/R. Geneva: World Trade Organization.

———. (2005b). *United States: Measures affecting the cores-border supply of gambling and betting services.* No. WT/DS285/AB/R. Geneva: World Trade Organization.

———. (2006). *India: Measures affecting the importation and sale of wines and spirits from the European Communities.* Geneva: World Trade Organization.

———. (2007). *Matrix on trade measures pursuant to selected multilateral environmental agreements.* No. WT/CTE/W/160/Rev.4 TN/TE/S/5/Rev.2. Geneva: World Trade Organization.

———. (2008). *Unidet States: Continued suspension fo obligationsin the EC-hormones dispute-report of the panel. World Trade Organization.* No. WT/DS320/R. Geneva. Retrieved from: http://72.14.205.104/searc?q=cache:ze7gl0zdRYYJ:www.international-traderelations.com/WTO.Case.EU%2520_%2520U.S%2520Hormone%2520Sanctions%2520(March%252031,%25202008)..doc+World+Trade+Organisation+(2008)+United+States+-+Continued+suspension+of+obligations+in+the+EC-+hormones+dispute.+WT/DS320/R&hl=en&ct=clnk&cd=2&gl=ca&client=firefox-a.

Yeach, D., & Bettcher, D. (2000). Globalisation of tobacco industry influence and new global responses. *Tobacco Control,* 9, 206-16.

Yeates, J., & Murphy, C. (2007). *Coordinating international standards: The formation of the ISO,* MIT-Sloan Working Papers No. 4638-07. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.

6. Bölüm

LİBERALLEŞME "ŞOKLARI" VE SOSYAL KORUMA POLİTİKALARI

Doğu Asya Mali Krizinden Dersler

Aniket Bhushan ve Chantal Blouin

GİRİŞ

Genelde küreselleşme, özelde serbest ticaret, yurtiçi ekonomide ve ülkeler arasında kazananlar ve kaybedenler yaratır. Ülke içinde yabancı rekabetten korunan sektörlerdeki işçiler ve üreticiler, gümrükler ve düzenleyici engeller kaldırıldığında, gelirlerin azalması ve istihdam kaybıyla karşılaşabilir. Serbest ticaretin olumsuz etkileri, ticari reformlara bir defalık uyumlarla sınırlı değildir. Açık bir ekonominin dinamikleri, yabancı rekabetten göreli olarak izole edilmiş bir ekonomiden büyük ölçüde farklıdır. Tanım olarak, açık bir ekonomide yeniden yapılanmanın sıklığı ve kapsamı daha yüksektir. Örneğin 77 ülkede yürüyen Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labor Organization – ILO) istihdam üretme çalışması, ulusal ekonomi içinde uluslararası ticaret düzeyinin daha yüksek olmasının, işçilerin sektörler arasındaki hareketliliğinin daha büyük olması ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Torres, 2001). Sektörler arasında böylesine bir hareketliliğin sonuçları da vardır. Özellikle düşük becerili işçiler, genellikle farklı bir sektöre girmek, yeniden eğitim ve yer değiştirme ile ilişkili maliyetler getirebilen farklı bir dizi beceriler gerektirdiğinden (Torres, 2001), yeni istihdam bulmakta güçlük çekerler. Mevcut kanıtların çoğu genellikle serbest ticaret ve açıklığın ekonomik güvencesizliği artırdığı görüşünü desteklerken (Rodrik, 1997, 1998; Garret, 1998; Burgoon, 2001; Boix, 2002; Haye, Ehrlich ve Peinhardy, 2002; Gunter ve van der Hoeven, 2004), bu noktada uzlaşma azdır (bu bağlantıya karşı çıkan çalışmaların bir değerlendirmesi için (bakınız Bourguignon ve Goh, 2003).[1]

Araştırma literatüründe mali serbesti ve sermaye hareketinin, ekonomik istikrarsızlık için ticari açıklıktan daha önemli belirleyiciler olduğuna ilişkin daha büyük bir uzlaşı vardır (Cornia, 2001; Scheve ve Slaugter, 2004; van der Hoeven ve Lübker, 2005). Ancak serbest ticarete genellikle yabancı sermayeye açıklığın artması, mali piyasalar ve hizmetlerin serbestisi eşlik eder. Ticari ve mali serbes-

[1] Bu literatürün basitçe Doğu Asya bölgesine değil, bütün bölgelere mahsus olduğuna dikkat ediniz.

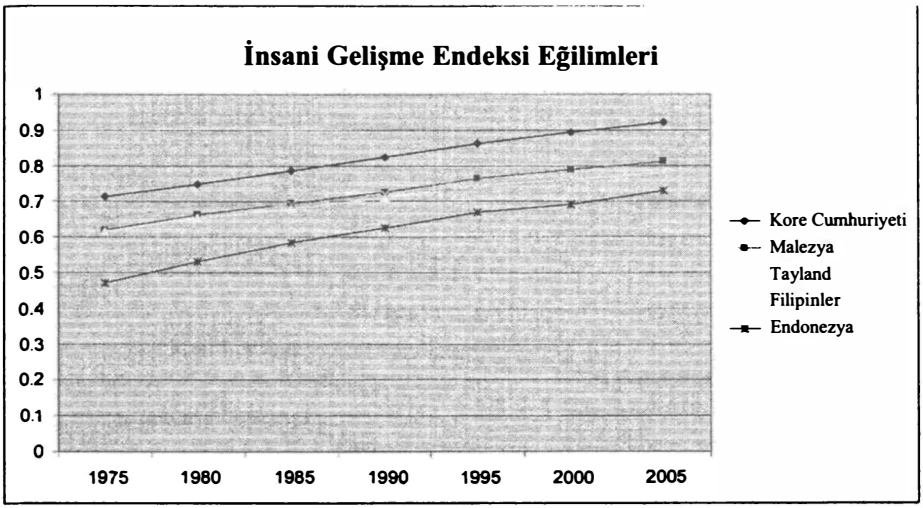
tinin birleşik etkisi; daha büyük mali piyasa istikrarsızlığı, dışsal şokların ve kırılganlığın sınır ötesine taşınma sıklığının artması ve emek piyasası ve istihdamda hızlı değişimler olmuştur. Bunlar, bireylere artmış ekonomik güvencesizlik olarak yansır. Ekonomik güvencesizlik kalp-damar sorunları gibi birçok kronik stresle-ilişkili hastalıkla yakından ilişkilidir ve sağlık çıktıları üzerine etkileri doğrudan olabilir (Cornia, Rosignoli ve Tiberti, 2008). Dahası, ekonomik güvencesizlik aynı zamanda sağlığı etkileyen psikososyal etmenlere ek olarak, beslenme ve barınma gibi maddi koşulları etkileyerek, yoksul olmayan hanelerin yoksullaşması anlamına gelir.

Bu bölüm, bu bulgulara dayalı olarak bir bölgedeki, küçük bir gelişmekte olan ülkeler alt kümesinde, ticaret ve mali serbesti sonucu oluşan ekonomik kırılganlığı azaltmakta etkili olan ulusal politikaları değerlendirmektedir (gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki serbestilerin politika alanı üzerine daha kapsamlı etkileri için bakınız Bölüm 5). Gelişmekte olan ülkelerdeki toplumsal güvenlik ağları üzerine literatür oldukça genişken, biz bu bölümde 1997 Doğu Asya ekonomik krizi deneyimine ve izleyen yıllara odaklanacağız. Asya ekonomik krizi sıklıkla, serbest ticaret tarafından tetiklenen bir kriz olarak değil, para krizine yol açan bir "mali sektör" krizi olarak tanımlanmıştır. Ancak, 1990'ların sonuna kadar birçok Doğu Asya ülkesinde yapısal dengesizlikler vardı; örneğin Malezya, Tayland ve Endonezya gayri safi milli hasılanın %4–5'i aralığında büyük cari açıklar veriyorlardı. Ayrıca bu dengesizliklerin esas olarak spekülatif sektörlerde (inşaat ve emlak gibi) yabancı yatırımlar tarafından finanse edilmesi, ticari ve mali serbestinin aralarındaki farkların daha da bulanıklaşmasına yol açtı.

Asya krizi gelişmekte olan ülkelerde sosyal koruma stratejilerinin öneminin altını çizer. Asya krizi neyin işleyip neyin, neden işlemediğine ilişkin çeşitli seviyelerde muhtelif örnekler sağlar. Kore'den Filipinlere kadar etkilenen ülkeler, bir olgu çeşitliliği sunar ve geniş bir başa çıkma stratejisi ve politik seçenek çeşitliliğine işaret eder. Asya krizi, Asya ülkeleri gelişmekte olan ekonomiler arasında küresel ekonomiyle daha büyük bütünleşme yoluyla başarılı bir yoksulluk azaltma örneği olarak dikkat çektiğinden, eğiticidir (Bakınız Şekil 6.1 ve Tablo 6.1, 6.2). Dahası, Doğu Asya krizi, mali sektörde ortaya çıkan göreli kısa-süreli (büyük olmasına rağmen) bir makroekonomik şokun, bir dizi etki kanalıyla önemli uzun-erimli sağlık etkilerine nasıl yol açabileceğine dair iyi bir örnek sağlar.

Bu bölümün geri kalanı aşağıdaki sorulara odaklanmıştır:

1) Bir mali kriz nasıl bir sağlık krizini tetikler? Asya krizinin sağlık etkisi neydi?
2) Kriz döneminde uygulanmakta olan hangi politikalar, kırılgan gruplar üzerine etkileri tamponlamaya yardımcı oldu?



Şekil 6.1 Doğu Asya ülkelerinde yoksulluğun azaltılması, 1975-2005.
Veri kaynağı: UNDP, İnsani Gelişme Raporu Veritabanı (2007/08).

Tablo 6.1 Doğu Asya Ülkeleri'nin Toplumsal Göstergeleri

	Okur-yazar olmayan erişkin oranı (15 yaş ve üzeri %) (1995-2000)	Günde 1 dolardan az gelirle yaşayan nüfus (1995-2000)	Günde 2 dolardan az gelirle yaşayan nüfus (1995-2000)	Doğumda yaşam beklentisi (yıl)		Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)		Kamusal Sağlık Harcaması (% GDP 2004)
				1970-1975	2000-2005	1970	2005	
Kore Cumhuriyeti	1	< 2	< 2	62.6	77	43	5	2.9
Malezya	11.3	< 2	9.3	63	73	46	10	2.2
Tayland	7.4	< 2	25.2	60.4	68.6	74	18	2.3
Filipinler	7.4	14.8	43	58.1	70.3	56	25	1.4
Endonezya	9.6	7.5	52.4	49.2	68.6	104	28	1

Kaynak: UNDP, İnsani Gelişme Raporu, İstatistiksel Veritabanı (2007/08).

Tablo 6.2 Kalkınma Bölgelerinde Büyüme Hızları

	1960'lar	1970'ler	1980'ler	1990'lar-Bugün
Doğu Asya ve Pasifik	3.77	7.21	7.72	8.03
Latin Amerika ve Karayipler	5.27	5.72	1.79	3.00
Güney Asya	4.22	2.98	5.55	6.25
Sahra-Altı Afrika	4.63	4.07	2.18	3.93

Kaynak: Dünya Bankası, Dünya Kalkınma Göstergeleri Veritabanı

3) Ekonomik şoka yanıt olarak alınan bazı acil anahtar tedbirler, yeni programlar ve devam eden yaklaşımlara dair reformlar nelerdi?
4) Gelişmekte olan ülkelerde sosyal korumaya ilişkin Doğu Asya krizinden çıkartılabilecek ana dersler nelerdir?

SOSYAL KORUMANIN DURUMU; KRİZ ÖNCESİ VE KRİZ YILLARI

1990'da, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyelerinde %12,7, Latin Amerika'da %3,6 ve Güney Asya'da %2,2 ayrılmasına kıyasla, Doğu Asya hükümet toplam hükümet harcamalarının ortalama %1'ini sosyal koruma ve sosyal yardıma harcadı (Armstrong, Viossat ve Flanagan, 1999, s. 7)[2]. Bu ülkelerin çarpıcı bir özelliği ekonomilerin açık olmasıdır. 1997'de ticaretin miktarı gayri safi milli hasılanın yüzdesi olarak Malezyada %90, Kore'de %45 ve Filipinler ve Tayland'da %30'du.

Aynı yıl, yabancı doğrudan yatırımın gayri safi milli hasılaya oranı Malezya'da %290, Kore'de %117, Tayland'da %112, Endonezya'da %69 ve Filipinler'de %55'ti (Armstrong et al., 1999, s.12). Sosyal koruma için düşük harcamaların ve 1990'ların ortalarına kadar özellikle imalat ve inşaat gibi yüksek istihdam-artırıcı sektörlerde yabancı sermayeye yüksek düzeyde açıklığın birleşik etkisi, Doğu Asya'da özellikle ekonomik şoklara karşı kırılgan bir durum yarattı.

Örneğin ücret esnekliğinin yüksek olduğu Endonezya'da şiddeti daha az olan bir işsizlik artışı vardı, fakat gerçek ücretlerdeki düşüş yüksekti (Endonezya'da %34). Bu durum yetersiz istihdam ve kayıt-dışı istihdama dönüştü (Gough, 2001,

Tablo 6.3 Doğu Asya Ekonomik Krizinin Toplumsal Etkisi, 1998

Ülke	Gerçek GSMH Büyümesi (%)	Yoksulluk Sıklığı (Ulusal Yoksulluk Sınırı'na dayalı %)		İşsizlik (%)		Gerçek Ücret (% değişim)	TFE* (% değişim)
	1998	1997	1998	1997	1998	1998	1998
Kore	-5.8	9.0	19.0	2.1	8.7	-10.0	6.9
Tayland	-9.4	11.4	13.0	0.9	5.4	-6.0	7.0
Endonezya	-13.7	11.0	19.8	5.1	7.0	-35.0	82.4
Malezya	-6.7	8.2	11.2	2.6	3.9	-10.0	5.5
Filipinler	-0.5	38.0		7.7	11.8	-2.0	10.0

Kaynak: Dünya Kalkınma Göstergeleri ve Doğu Asya Toplumsal Koruma Stratejisine Doğru, 1999'dan uyarlanmıştır.

* Tüketici Fiyat Endeksi.

[2] Sosyal koruma ve sosyal yardım giderleri eğitim ve sağlık hizmetleri harcamalarını kapsamaz.

s.183). Böylece işsizlik şokları, ücret şokları ve genelde çalışma piyasasına yanıt olarak konan tedbirler Doğu Asya'da büyük bir tartışma kaynağı oldu.

İş piyasası mevzuatı, reformlar ve yeni programların değerlendirmesi geniş ölçüde çeşitli ekonomilerin gelişmişlik düzeyleriyle paralellik gösterir. Zirvede, göreli gelişkin istihdam koruma ve iş piyasası mevzuatıyla Kore, Malezya ve Tayland'ı buluruz. Dipte ise az ya da hiç olmayan işsizlik koruması ve genelde zayıf iş yasalarıyla Endonezya ve Filipinler vardır.

DOĞU ASYA EKONOMİK KRİZİNİN SAĞLIĞA ETKİSİ

Mali kriz karmaşık bir çeşit etki zinciri yoluyla sağlık krizini tetikledi. İlk etki, negatif ekonomik büyümeye hızlı bir geçiş (ekonomik daralma), artan işsizlik ve enflasyon ve birçok kamu ve özel sektör iflaslarını kapsadı.

Tablo 6.4 Mali Krizin Hanehalkı Kazançları, Son Tüketim Harcamaları, Sağlık Bakımı Sağlanması ve Sağlık Çıtlıları Üzerine Etkileri

Ülke	Hane Halkı Gerçek Kazançlar (% Değişim) 1997-98	Hane Halkı Son Tüketim Harcaması (% Değişim) 1997-98	Anahtar Ülkeye Özgü Sağlık Etkileri
Endonezya	- 27.0	- 6.2	Çocukluk çağı anemisi ve anne yetersiz beslenmesinde artış; reçeteyle satılan ilaçların fiyatında dramatik atış; bakım arayışında gecikmeler, bakımın daha ucuz biçimlerine dönüş, besin değeri açısından daha fakir gıdalarla beslenme ve okullaşma hızında düşme
Malezya	- 1.0	- 10.2	Difteri, çocuk felci, tetanoz ve kızamık bağışıklama hızlarında azalma; kamu hizmetlerini kullanan nüfus oranında keskin artış (krizin serbestleştirilmiş özel sektör üzerine mali etkisine bağlı esaslı özel-kamu değişimi); bakım arayışında gecikmeler, bakımın daha ucuz biçimlerine dönüş, besin değeri açısından daha fakir gıdalarla beslenme ve okullaşma hızında düşme
Tayland	- 21.0	- 11.5	Düşük kilolu çocuklarda artış; kamu hizmetlerini kullanan nüfus oranında keskin artış (krizin serbestleştirilmiş özel sektör üzerine mali etkisine bağlı esaslı özel-kamu değişimi); bakım arayışında gecikmeler, bakımın daha ucuz biçimlerine dönüş, besin değeri açısından daha fakir gıdalarla beslenme ve okullaşma hızında düşme

Kaynak: Hopkins, 2006'dan uyarlanmıştır.

Bunlar, ayrı iki etkiye daha yol açtı. Birincisi, azalmış vergi gelirleri kısa vadede hükümeti sağlık ve eğitim harcamalarını kısmaya yöneltti. Eşzamanlı olarak, gerçek ücretlerin daralmasına bağlı hane halkı gerçek geliri azalması, hane halkının yanıt kapasitesini kısıtladı. Bu mali krizin bazı anahtar sağlık etkileri Tablo 6.4'te özetlenmiştir. Dikkat çeken etkiler şunlardır: Sağlık hizmetlerine erişimde gecikmeler; gıda tüketiminde azalma ve besin değeri düşük gıda tüketimi; daha ucuz bakıma geçiş; reçete ile satılan ilaçların maliyetinde dramatik artışlar; kamusal sağlık hizmetlerini kullanan nüfus oranında büyük artışlar (krizin serbest bırakılan özel sağlık bakımı sektörü üzerindeki mali etkisine bağlı), bu nedenle yetersiz kaynak sağlanan kamusal sistemlerin aşırı yük altında kalması.

Önceki tartışmanın amacı, açıklık artışının hangi yollardan önemli sağlık etkileri olabileceğini sergilemektir. Ancak bu ilişki bir klişe değildir. Artmış ekonomik açıklık ve istikrarsızlığın potansiyel olumsuz etkileri akılcı sosyal koruma stratejileri ile hafifletilebilir. Doğu Asya'nın krize reformlar ve sosyal koruma stratejilerin genişlemesi biçiminde yanıtı krizden çıkartılacak ana derslerden biridir. Bu bölümün geri kalanı ülke düzeyinde yanıtlara odaklanmıştır.

KORE CUMHURİYETİ

Kriz öncesi Kore Cumhuriyeti (metnin ilerleyen bölümlerinde Kore olarak adlandırılacaktır), diğer yeni sanayileşmiş Doğu Asya ülkeleriyle karşılaştırıldığında göreli iyi gelişmiş bir geçim koruyucu sisteme sahipti. Kriz vurduğunda Kore sistemi 1,2 milyon kişiye gelir desteği sağlıyordu.[3] İşsizlik sigortasının uygulamaya konması ve etkin iş-piyasası politikaları son zamanlardaki bir gelişmeydi ve Kore'nin 1996'da OECD'ye girişine (asgari seviyede bir sosyal koruma gerektiriyordu) denk geldi (Kapstein ve Milanovic, 2003). Yalnızca 1998'in ilk ayında 3.323 küçük ve orta girişimin iflasına yanıt olarak Üç-Taraflı Komisyon (işveren – işçi – hükümet) işsizlik sigortasını işgücünün bütün kesimlerine genişleten kapsamlı bir mevzuat çıkarttı. Kore hükümeti ilave 310.000 kişiyi kapsayan yeni işsizleri özümsemek için Geçici Geçim Koruma Programı (Temporary Livelihood Protection Program – TLPP) geliştirdi. TLPP yeni işsizlere dört ana fayda sağladı: Doğrudan peşin para aktarımı (ayda 70 dolar), eğitim ücretinin affı, okul yaşındaki ço-

[3] İlk önce Güney Kore'de Park Chung-hee yönetimi altında toplu sosyal politika reformu sürdürülmüştü. Park rejiminin ayırt edici özelliklerinden biri, 1977 Tıbbi Sigorta Yasasıydı. İyi bilindiği gibi, Kore'nin olağanüstü "devletçi kalkınma" başarısını en iyi simgeleyen Kore *chaebol*'üdür (büyük aile şirketleri). Büyük sermaye desteğindeki işçi sendikası Kore Federasyonu ücret reformlarına ve asgari ücret yasasına yıllarca muhalefet etmişti. 1986'da Chun Doo-Hwan (1980-1988) yönetimi altında Asgari Ücret Yasası'nın yürürlüğe girmesi dönüm noktasıdır (Tayvan dışında yeni sanayileşen ülkeler –NIC- arasında böylesi ilk yasa). Bir değerlendirme için bakınız Joo, 1999 ve program kapsamının değerlendirmesi için bakınız Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu, Asya Kalkınma Bankası ve Amerikan Kalkınma Bankası, 2001.

cuklara öğle yemeği sübvansiyonu ve bir yıl için sağlık sigortası priminde %50 indirim. Bu programın ekonomik şokun etkisini tamponlamaktaki başarısı, TLPP'nin yerini alan ve TLPP'yi kalıcı mevzuata yerleştiren 2000 yılı Asgari Yaşam Standartları Güvencesi Yasası'nda açıktır. Yasa gıda, giyim, barınma, eğitim ve sağlık bakımı için nakdi sübvansiyon yoluyla ve Kore hükümetinin garantilediği asgari yaşam standartlarını karşılayamayacak haneler için ayni transferler sağlar. Yardımlar, kamusal işler ve meslek eğitimi gibi, iş programlarına katılıma bağlıdır. Geçim koruma sistemi ve izleyen asgari yaşam standartları mevzuatı ekonomik şoka yanıtta etkin stratejiler olarak dikkati çekmektedir (Gough, 2001; United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2001).

Kore'nin İstihdam Sigortası Sistemi (Employement Insurance System – EIS) ve kriz sonrası reformları kapsamlı olarak değerlendirilmiştir. İstihdam sigortası sistemine yönelik olarak, toplam kapsayıcılık büyüklüğünün sınırlı olması, oldukça seçici uygunluk ölçütleri, düşük yeniden-istihdam hızları ve astarı yüzünden pahalıya gelen "bağışlar"ı içeren eleştiriler vardır. Ancak değerlendirmeciler genellikle "istihdamın sürdürülmesine yardım" ve "istihdamı kolaylaştırma yardımı"nı daha faydalı görmüşlerdir. Kore, toplam resmi harcama yüzdesi olarak sınırlı olmasına karşın, sosyal korumaya yatırımı eğitim ve sağlığa (beşeri sermaye gelişimi) yüksek ölçüde odaklanmış "üretkenlik yanlısı" Doğu Asya refah rejimlerine (Holliday, 2000) bir örnek oluşturur. Peng (2004) "sanayi sonrası" gelişmelerin (hizmet sektörünün yükselişi ve özellikle kadınların işgücüne katılımında keskin artış gibi) daha geniş politik reformlar (boşanma yasalarında ve artmış çocuk bakımı yardımlarında reformlar gibi) talep eden tutarlı seçmenlere yol açtığını göstermiştir. Bu Kore'de önemli bir soru olan kapsayıcılığın evrenselliğini ortaya atmıştır. Evrensellik yararına aşağıdaki gerçeklere dayalı bir güçlü argüman oluşturulabilir:

1) Hedeflenen kapsayıcılık dışlayıcıdır ve mevcut toplumsal tabakalaşmayı ve damgalamayı pekiştirir.
2) Makroekonomik şoklar, kriz zamanlarında, orta gelir gruplarını düşük-orta gelir grupları ve resmi geliri yoksulluk sınırı altında olanlardan ayıran ince bir çizgi olduğunun bir anımsatıcısıdır. Bu, evrensel kapsayıcılığın doğası gereği arzu edilen bir şey olduğu iddiasını güçlendirir, bir ölçüde zor zamanlarda vazgeçilmez olan daha geniş ekonomik dayanışmanın temelini oluşturur.
3) Hedeflenen programlar genellikle daha büyük idari maliyetler içerir ve bazı elverişli bireyleri kaçırmaya daha yatkındır ("sızıntı"). Buna karşın işsizlik sigortası gibi evrensel kapsayıcılık herkesi eşit olarak kapsamak zorundadır.

Özetle, Kore'de kriz sonrası işsizlik reformları dört ayaklı bir yaklaşım izlemiştir: İş güvencesi, iş yaratma, eğitim ve yerleştirme, geçim yardımı. Kore'nin sosyal koruma reformları üzerine tartışma devam ederken, daha önce tanımlanan tedbirler Kore'de 1990'ların sonundaki krizin olumsuz sağlık etkilerini hafifletmekte önemli bir rol oynamıştır.

MALEZYA

Sosyal koruma hazırlığı bakımından Kore kadar ileri olmamasına rağmen, Malezya'nın ekonomik şokun iş piyasasına tehditlerini karşılayacak asgari altyapısı vardı. Malezya politik tarihinin önemli bir yanı, ülkenin çeşitli azınlıkları arasındaki etnik uzlaşmadır. Esas olarak Hindistan ve Çin'den gelenlerle uzun bir göçmen işçi geçmişinin bulunması, resmi güvenlik ağlarının düşük seviyeli kapsayıcılığını telafi eden etnik çizgilerde resmi olmayan (informel) güvenlik ağları ve iyi bir şekilde örgütlenmiş emek geleneğinin ortaya çıkmasına yol açmıştır (Hashim ve Shafruddin, 2002; Mansor ve Awang, 2002). Güçlü bir sendikal hareket 1951'de, ülkenin sosyal koruma gövdesini oluşturan Malezya İşçi Tasarruf Sandığı'nın (Employee Provident Fund – EPF) kurulmasına neden olmuştur. 1970 Yeni Ekonomi Politika'sı Malezya'da etnik uzlaşmayı eşitlik ve yoksulluğu ortadan kaldırma hedefleri doğrultusunda resmi olarak yapılandırmıştır. EPF, İşçi Sosyal Güvenlik Örgütü (Employee Social Security Organization – SOSCO, 1971) ve Sosyal Güvenlik Yasası (Social Security Act – SSA, 1969) ile birlikte Malezya'nın ekonomik şoka yanıtına temel oluşturdular. İstihdam Yasası'ndaki 1998 Ağustos değişikliği (keyfi işten çıkartmaya karşı daha sert mevzuat) ve İstihdam Yönetmeliği (1955) ile birlikte bu politikalar, kriz vurduğu zaman Malezyalı işçilerin üçte ikisinin bu planlardan biri veya diğeri altında kapsanmasıyla sonuçlandı.[4] Sonuç olarak, kriz yılında Kore ve Tayland'da işsizlik ikiye katlanırken, Malezya'da işsizlik 1997-1998 döneminde %2,7 ve %3,2 arasında sınırlandı.

Malezya'da şoka ana yanıt şöyle özetlenebilir:

1) Mevcut şartların reformu: 1994'te her hesap üçe ayrılarak EPF esnekleş-

[4] İstihdam edilen nüfusun geri kalanı hâlâ herhangi bir emeklilik rejimiyle kapsanmamıştır. Bunlar kendi işini yapanları ve kayıt dışı sektördekileri kapsar. Gerçekte, yukarıda bahsedilen planların hepsi sadece şehir ve sanayi işçilerine uygulanabilir. İşgücünün %16'sını oluşturan tarım işçileri bu plan kapsamında değildir. Bu, para getirebilecek muazzam miktarda bir kullanılabilir kaynak varken, hâlâ yaşlılıkları için kendi öz tasarruflarına muhtaç çok sayıda istihdam edilmiş insan olduğunu düşündürür. Ekonomik kriz sırasında işsiz kalan işçilerin hepsi işten çıkarılma ödemesi almamış veya Gönüllü Ayrılma Planı'ndan yararlanamamışlardır. Malezya'da geçiş döneminde bir tampon sağlayan işsizlik sigortası veya işsizlik yardımı yoktur (Malezya'nın yanıtının bir eleştirisi, bunun programlı tek seferlik doğası oldu). Eldeki kaynaklarla istihdam için devlet yönetiminde bir "Sosyal Yardım Fonu" için doyurucu bir olgu; daha geniş bir açıklama ve ilişkili tavsiyeler için bakınız Mansor ve Awang (2002), s.211–214.

tirildi: %60 oranında 55 yaş sonrası emekliliğe (Hesap 1), %30 da barınma gibi bir defalık büyük giderlere (Hesap 2) ve %10 tıbbi acillere (Hesap 3) ayrıldı. Barınma faizi hızları hızla arttığından, kriz yılı boyunca Hesap 2 özellikle önemliydi ve EPF sisteminde yapılan esneklik para çekilmesi ve giderlerin daha iyi izlenmesini sağladı.

2) Mevcut güvenlik ağı kapsayıcılığının kayıt dışı sektöre giren ücretleri azalmış işçileri kapsayacak şekilde genişletilmesi: Amanah Ikhtiyar Malezya (AIM) döner sermayesi altında 300 milyon Malezya Ringgiti (RM) faizsiz borç dağıtıldı. Bu stratejinin başarısı borcun yüze 100 geri ödenmesiyle kanıtlandı.[5]

Malezya otoriteleri krizi, kadın girişimcilere yardım sağlayan Yayasan Tekun Ulusal girişimci borç planı, Mezun Girişimciler Planı ve Ekonomik İş Grubu Fonu kurarak kayıt dışı sektördeki girişim kapasitesini güçlendirmekte bir fırsat olarak kullandılar. Bu girişimler geniş ölçüde başarılı mali uyarı ve kriz yanıt tedbirleri olarak kabul edilirler (Whiteford, 2002).

TAYLAND

Malezya dışında, krizin vurduğu Doğu Asya ülkelerinin her biri (Tayland dâhil), bir dizi acımasız Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund – IMF) tedbiri almaya zorlandılar. Basitleştirmek gerekirse, IMF krize yanıt olarak oldukça deflasyonist bir yaklaşım tavsiye etti. Bu, faiz hızlarının artırılması, kamusal harcamaların kesilmesi, bankaların ve yatırım şirketlerinin kapatılması ve varlık piyasalarının (emlak, borsa ve döviz) kendi fiyatlarını belirlemesine izin verilmesini kapsıyordu.[6] Bu acımasız katı paket, krize etkin yanıt için gerekli politika alanını daha da daralttı. IMF tarafından tavsiye edilen kemer sıkma politikalarının sivil toplum tarafından yapılan keskin eleştirileri arasında ve krizin bütün etkileri ortaya çıkarken, Tayland hükümeti 1999'larda sosyal güvenlik unsurlarını içeren dört mali teşvik paketini uygulamaya koydu. Bunlar, İşsizlik Giderme Planı, Sosyal Yatırım programları (Dünya Bankası'nca fonlanan), bir toplumsal sektör program kredisi (Asya kalkınma

[5] Karşılaştırmalı bir değerlendirmede Amanah Ikhtiar Malaysia tartışması için bakınız Mansor ve Awang (2002), s.199.

[6] Biz bu sözcükleri kağıda dökerken küresel ekonominin yine büyük ölçekli bir mali krizle vurulmuş olması gerçekten dikkate değer; ancak, bu kez kriz gelişmiş dünyanın mali sistemlerinin (esas olarak Birleşik Devletler ve Avrupa ipotek, yeniden yapılandırılmış borç ve türev piyasalar) aşırılığından ortaya çıkıyor. Şimdiye kadar gelişmiş ülke merkez bankacıları ve mali politika yapıcıların mevcut krizi yönetme şeklinin IMF tarafından övüldüğünün belirtilmesi ilgi çekicidir. Birçok şekilde Birleşik Devletler tarafından kullanılan politika araçları (örneğin vergi iadeleri yoluyla mali genişleme, faiz oranı düşürerek parasal gevşeme ve Wall Street yarırım bankalarının kurtarılmaları) IMF'nin 10 yıl kadar önce Doğu Asya'ya verdiği tavsiyelere tam ters bir yaklaşım izlemektedir. Dikkatli gözlemciler ironiyi kaybetmemişlerdir.

Bankası'nca fonlanan) ve Miyazawa Plan'ı adı altındaki krediler.[7]

1990'larda Tayland, 1997 Halkın Anayasası ve 8. Ekonomik ve Toplumsal Kalkınma Planı ile toplu bir değişim süreci başlattı. Bunlar, birlikte büyüme-merkezli kalkınma yaklaşımından "bütüncül bir insan merkezli kalkınma yaklaşımına" geçişe işaret ettiler (Pongsapich, 2001, s. 64). HalenTayland'ın evrensel işsizlik sigortası, sağlık ve eğitim kapsayıcılığı yetersiz olmasına karşın, emek ve sosyal refah, eğitim ve sağlığa yenilenmiş bir vurgu bulunmaktaydı.[8] Hükümet çalışanları için birkaç sosyal koruma programı vardı. Malezya'daki gibi en büyük özel sektör programı, hükümet kararnamesiyle kurulmuş olan tasarruf sandığı sistemidir. Bu fon, Tayland'daki en büyük üç resmi sosyal koruma planını, Sivil Memurlar Emekli Sandığı, Sosyal güvenlik Sandığı ve Tasarruf Sandığı'nı kapsar. Hükümet çalışanlarının sigortası geniş ve kapsamlıdır. Sosyal Güvenlik Yasası (1990) ve İşçi Koruma Yasası (1998 – kriz sonrası) hükümet dışı işverenlere ve işçilere sınırlı işsizlik yardımları sağlamaktadır.[9]

İşsizliği Giderme Programı (1998) "Taylandlı, Taylandlıya yardım et" sosyal koruma planı, iş yaratma için koşullar, işçilerin memleketlerine (geldikleri şehre) geri gönderilmesi, yurtdışında çalışan Taylandlı işçilerin artırılması ve üniversite mezunlarının istihdamı gibi birkaç yenilikçi tedbiri kapsıyordu. Bu programların hedefleri iddialı ve eleştirileri karmaşık oldu. Ortak eleştiriler: Çakışmalardan kaçınmak için daha iyi planlama ve eşgüdüm gereksinimi; hedef belirleme (özellikle kamusal işler için ücret belirleme); yasaların uygulanması (insanlar daha düşük ücrete çalışmaya istekli iken asgari ücret uygulaması gibi).[10]

Tayland'ın kriz-sonrası sosyal korumasının ilk değerlendirmelerinin her ikisi de büyük ölçüde Dünya Bankası tarafından fonlanan Toplumsal Yatırım programlarının parçası olan iki özgün alanı vurgular. İki kanallı strateji, var olan hükümet programlarını ve istihdam yaratma tedbirlerini destekleyen bir kanal ve aşağıdan yukarıya yerel toplumsal kalkınmaya odaklanan diğer kanalı kapsar. Bu strateji geniş ölçüde övüldü (Pongsapich, 2002) ve kullanılan mevcut potansiyellerin pratik önemine işaret etti.

Tarihsel olarak sivil toplum örgütleri (STK) Tayland'da yaşamsal bir geliştirici rol oynamıştır.[11] 1990'ların başında Tayland hükümeti STK Kalkınma Eşgüdüm

[7] Miyazawa Planı, kriz zamanında en çok etkilenen ülkelere şirket ve banka sektörlerini yeniden yapılandırmalarına yardım, sosyal güvenlik ağlarını kurma veya iyileştirmeleri ve kredi sıkışıklığını hafifletmeleri için 30 milyar Birleşik Devletleri doları üzerinde borç vermeyi taahhüt eden Japonya maliye bakanının adını almıştır.

[8] Her alanda açık politika hedefleri kondu: İşini yitiren işçilere yardım merkezleri, korumanın kayıt dışı sektöre genişletilmesi, eğitime yatırım desteği, okul terk hızlarının azaltılması, özel sektörün eğitime katılmaya yüreklendirilmesi, ulusal çocuk sağlığı hizmeteri hedefleri oluşturulması vs.

[9] Bunlar, İşçi Tazminatı, Kıdem Tazminatı, Gönüllü Tasarruf Fonu, Çalışan Sosyal Yardım Fonu'nu kapsar, fakat dikkati çektiği gibi işsizlik sigortası yoktur.

[10] İşsizliği Azaltma Programı'nın bir değerlendirmesi Pongsapich, 2002'de bulunabilir.

[11] Tayland'da sivil toplumun ortaya çıkan rolü üzerine bakınız Gough (2002) s.174; Pongsapich (2002) s.243-245.

Komitesi'ni (Coordinating Committee on Development – NGO-COD) kurdu. İçişleri Bakanlığı'nın toplumsal kalkınma bölümü toplumsal örgütleri, kadın gruplarını ve çocuk gelişimi merkezlerini 1970'lerden beri desteklemiştir. Toplumsal Yatırım Fonu (Social Investment Fund - SIF) ve Bölgesel Şehir Kalkınma Fonu (Regional Urban Develpment Fund – RUDF) mikro düzeyde toplumsal dayanışma desteği dâhil çeşitli düzeylerdeki açık başarılarıyla dikkat çeken toplum tabanlı, talepten doğan projeleri finanse etmiştir. Örneğin SIF ve RUDF kredileri doğrudan sivil toplum örgütlerine piyasa faizleriyle verilmiştir. Bağış ve kredileri güvenceye almak için topluluklar teklif hazırlama deneyiminden geçmiş, borçlanmanın ve toplumsal borcun değerini öğrenmişlerdir. Makro düzeyde uygulamaya konan projeler küçük sulama ve diğer altyapı onarımları ile turistik tesis iyileştirmeleriyle sonuçlanmıştır. Bu programlar emek yoğun çalışma programlarının ihmal edeceği kadın grupları gibi gruplara istihdam sağlamıştır. Fonların katılımcılar tarafından bilinen açık bir sonlanma stratejisi vardı ve 1999 sonunda sonlandırıldılar. Böylece Tayland genellikle böyle programlara eşlik eden mali tuzaklardan kaçındı.[12]

1997 krizinin deneyimleri bütün Doğu Asya'da ve özellikle IMF'nin acil yapısal paketini eleştirmeden kabul ettiği için hükümetin eleştirildiği Tayland'da "yeni toplumsal sözleşme" konuşmalarını mahmuzladı. Çeşitli sivil toplum grupları ile birlikte ülke monarşisi, kriz sonrasında IMF'nin kemer sıkma programlarını zorla benimsemesinde ortaya çıkan egemenlik kaybı algısına muhalefet etmek için bir araya geldiler (Hewinson, 2006). Bu sonunda Thaksin Shinawatra'nın TRT (ya da Taylandlı Taylandlıyı Sever) partisini yeni anayasa ile yapılan ilk 2001 seçimlerinde iktidara getirdi. İlkesel olarak TRT, "toplumsal kapitalizmi" veya iç kapitalist sınıf üzerine yenilenmiş bir vurguyu savundu.

Krizden sonraki yıllarda Tayland bir dizi evrensel plan denedi, bunların arasında en popüler olanı "30 Baht planı" oldu (ç.n.: Baht Tayland'ın para birimidir). Son zamanlarda bazı evrensel programlar çok pahalı ve gereksiz olmakla eleştirildiler. Göreli etkin olan ve uluslararası, özellikle Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü'nden destek bulan, bütün yurttaşlara sabit 30 Bahta evrensel sağlık sigortası sağlayan Evrensel Sağlık Planı (Universal Health Scheme – UHS) bunlar arasındaydı (Hewison, 2006). Her köyde, bireylere 20.000 bahtlık düşük faizli kredi sağlayan Köy Toplumsal Fonu da eleştiri aldı (Whiteford, 2002).

Bir dizi çalışma, özellikle krizden sonraki ortamda sağlıkta eşitlik açısından UHS'nın olumlu etkisini vurgularken, ders niteliğinde olması bakımından planın aldığı eleştiriler üzerinde durmak önemlidir. Başlangıcında UHS'nın politik ilerleyişi tartışmalıydı. Tayland sağlık sistemi toplumun çoğunluğunun gereksinimlerini karşılamakta başarılı görülürken, sağlık maliyetleri yoksullar için önemli

[12] Bu önemli bir noktadır ve daha geniş tartışılmaya değer, ancak burada yeterli yer bulunmamaktadır. Daha geniş bir açıklama Blomquist, Cordoba, Verhoeven, Moser ve Bouillon (2002) s.306'da bulunabilir.

bir harcama olarak kaldı. Kriz, sağlık hizmetlerine erişimde farklılıkları tümüyle ortaya serdi. UHS, kamu hastanelerine erişimi sadece "30 Baht"a sağladı, ancak hükümet hastanelere plan dâhilinde kaydolan her hasta için 1.252 Baht ödedi. En belirgin ve acil sorun, planın hükümet için zaten pahalı olmasına karşın, devlet hastanelerinin hükümetin sabit ödeme nedeniyle hastanelerin uygun tedavi sağlama yeteneklerini tehdit etmesinden yakınmalarıydı. Medya raporları tedavileri tamamlanmadan hastaneden ayrılmaya zorlanan hastaların öykülerini doğruladı. Sağlık profesyonelleri, tedaviye ve kurumlara dayalı bir sağlık anlayışına vurgu yapan planın, koruyucu sağlık hizmetlerinde elde edilen kazanımları gerilettiğini ve fonların sağlığı geliştirme etkinliklerinden çekildiğini iddia ettiler. Hükümet UHS için kullanılan fonları, UHS'yi İşçi Tazminatı ve Sosyal Güvenlik Fonlarıyla birleştirerek artırmaya çalıştı. Kendi fonları planın desteklenmesine akıtıldığında hizmetlerin kötüleşeceğinden korkan işçiler, hükümetin bu girişimini protesto için sokağa döküldü. Tartışma artan ölçüde kutuplaşmaya yol açtı ve eleştirilerin çoğu Tıp Konseyi, Tayland Tabipler Birliği, hemşireleri, diş hekimlerini, eczacıları ve özel hastaneleri temsil eden birlikler dâhil sağlık profesyonellerinden geldi (Hewison, 2004, 2006).

Son yıllarda UHS'nin geniş politik destek bulduğunu ve hâlen Tayland'ın sosyal koruma çerçevesinin önemli bir unsuru olduğunu belirtmek gerekir. Benzer şekilde diğer bir kriz sonrası planın, Gönüllü ve Düşük-Gelir Sağlık Kartları'nın, pahalı olmasına karşın, uzak bölgelerde temel hizmetlerin sunumunu ciddi anlamda kolaylaştırdığına inanılmaktadır.

ENDONEZYA

1997 yılı Endonezya'da ekonomik performansta keskin bir dönüşe işaret etti. 1997'de gayri safi milli hasıla büyümesi %7, 1998'de %13 azaldı. Yoksul bireyler ve ailelerin uyguladığı ana başa çıkma stratejisi harcamaları azaltmak, eş dosttan (enformel) borç almada artış ve düşük ücretli ek işlerle gelirlerini artırmaktı. Hükümetin yanıtı şunları kapsıyordu: Makul fiyatlı gıda arzını güvenceye almak, satın alma gücüne destek vermek, sağlık ve eğitime erişimi korumak, bölgesel blok bağışlar ve küçük ölçekli kredilerle toplumsal etkinlikleri sürdürmek. Endonezya'nın krizle baş etme deneyimi, STK Kalkınma Eşgüdüm Komitesi'nin (COD) sponsorluğundaki örgütlü toplum katılımının daha iyi olduğu ve iyileşmeyi kolaylaştırmakta daha etkin bir rol oynadığı Tayland'ınkinden farklıdır.

Endonezya'daki iyileşme yavaştı. Ekonomik şok geniş yığınları "geçici" yoksulluğa soktu. Yoksulların sayılarındaki keskin zirvenin ana nedeni, temel malların fiyatlarının uçması, işsizlik ve hane halkı gelirlerinde düşmeydi. Hükümetin yanıtı yetersiz bir bürokrasi, erken uyarı sinyallerinin yokluğu ve güvenilir ve güncel yoksulluk verileri olmayışıyla başarısızlığa uğradı. Buna rağmen Endo-

nezya'nın tarihinde, 1970'lerde bir devlet başkanlığı talimatnamesi ile yürürlüğe konan ve beklenmedik petrol gelirleriyle finanse edilen INPRES (Endonezya Cumhuriyeti Başkanı Talimatı) programları gibi, coğrafi ve bireysel hedefli yoksulluğu azaltma programları vardır. INPRES programının önemli bir yanı, yalnızca 1970'lerin ortasında 60.000 kadar okul inşa ederek hiç okula gitmemiş çocuklara eğitim sağlamasıydı (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2001, s.165–166; Puguh, 2001, s.160). Bununla beraber sağlık kurtuluşlarında sık karşılaşılan yakınmalar, hedef belirlemede yetersizlik, veri azlığı, tutarsız veriler ve idari kapasitenin yetersiz kalmasını içeriyordu.

En çok eleştirilen iki program, kamu işleri programı (Padat Karya) ve döner-kredi planlarıydı (PDM-DKE). Kamu işleri programına ilişkin ana sorun ücretlerin asgari ücretin üzerinde belirlenmiş olmasıydı. Bu durum çarpıklıklar yaratıyor ve emeği, gıda ürünleri hasatı gibi diğer sektörlerden uzaklaştırıyordu. PDM-DKE ve diğer döner-kredi/peşin para transferi planları yolsuzluk ve kayırmacılığa yatkın olmakla eleştiriliyordu (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2001).

FİLİPİNLER

Doğu Asya'nın krizden etkilenmiş bütün ülkeleri arasına Filipinler hem genel ekonomi bakımından, hem de sosyal koruma hazırlığı bakımından en az gelişmiş olanıdır. Yoksulluk kırsal alanlarda yoğunlaşmıştır. 1997'de kriz vurduğunda yoksulluk ölçütlerinde baş aşağı bir gidiş vardı (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2001, s.3).[13] Etki esas olarak sermaye kaçışının sonucu para biriminin değişim değerinde keskin bir düşüş (Peso, Birleşik Devletler doları karşısında 1997'de 26,40'tan 1998'de 2,70'e düştü), faiz oranlarında hatırı sayılır bir yükselme ve dolara bağımlı inşaat sektörü firmaları üzerinde önemli olumsuz etkiler olarak şekillendi. Bütün bunlar El Nino kuraklığı ile birleşti. Yanıt stratejisi gıda sübvansiyonları, kamusal istihdam programları ve krediye dayalı geçim programlarının birleşimi olarak özetlenebilir. Ancak, birçok bakımdan ekonomik krizin toplumsal etkisine yanıt çok etkili olmamıştır (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2001, s.4; Reyes ve Manasan, 1999).[14]

[13] Filipinler anahtar insani gelişim ölçütlerinde, özellikle eğitim ve sağlıkla ilişkili olanlarda 1986 ve 1996 yılları arasında iyileşmeler yaşadı. Yoksulluk 1985'teki %44,2'den, 1997'de %31,8'e geriledi.

[14] Hükümetin 1997 krizine yanıtı birçok bakımdan eksik bulundu. Bu dönem boyunca temel sosyal hizmetlere erişimde azalma dikkati çekti. Reyes ve Manasan'ın (1997) sunduğu bulgular bu kaygıyı tekrarladı. Yazarlar altı bölgeden beşinin 1998'de bağışıklama kapsamında bir gerileme olduğunu gösterdiler. Odak grup tartışmaları yerel kamusal sağlık merkezlerinde ilaç ve tıbbi malzeme stoğunda kötüleşme olduğunu bildirdi. 1998 Eylül'üne kadar Sağlık Bakanlığı bütçesindeki ilaç ve tıbbi malzeme tahsisatının yalnızca %24'ü için ödeme emri verildi. Aynı zamanda ilaç fiyatları Pesonun değerinin düşmesi nedeniyle %25–30 oranında yükseldi.

1998'de ana yanıt Ulusal Gıda Dairesi aracılığıyla verildi. Bu daireye, çiftçiyi korumak için pirince taban fiyat koyması, tüketici refahını korumak için bir tavan fiyat koyması ve bir güvenlik stokunu sürdürme talimatı verildi. 1998'de Ulusal Gıda Müdürlüğü gıda güvencesi için çift taraflı bir program başlattı. Pirinç ithal etti ve temel malları (şeker, kahve, süt, yemeklik yağ, sardalye ve makarna gibi) piyasa fiyatlarının altında satmaya yönelik Yoksullar için Geliştirilmiş Perakende Erişimi (Enhanced Retail Access fort he Poor – ERAP) veya *sari-sari* mağazaları kurdu. Ancak çalışmalar bu mağazalardan yararlananların büyük çoğunluğunun yoksul olmayanlar olduğunu gösterdi. Ayrıca Ulusal Gıda Dairesi yüksek tüketici ve düşük üretici fiyatlarını önleyemedi (Bautista, Angeler ve Dionisio, 2000; Balisacan, Edillon, Brillantes ve Canlas, 2000).

Filipinler'in krize yanıtının temelini, doğrudan sübvansiyonlara ek olarak muhtelif mikrokredi programları ve kapsamlı bir strateji oluşturdu. Örneğin 1994'te başlayan Sosyal Hizmetlerin Kapsamlı ve Bütüncül Sunumu (Comprehensive and Integrated Delivery of Social Services – CIDSS) çeşitli seviyelerde etkin olmakla övüldü. Program, asgari temel ihtiyaç göstergelerinin kullanımı, toplumsal örgütlenme, bütüncül aile yaklaşımı, toplum tabanlı izleme ağı, olanak yaratma ve kaynakları harekete geçirerek yararlar sağlamasıyla hükümet ve sivil toplum grupları arasında bütünleşme ve işbirliğini kolaylaştırdı. CIDSS'nin odaksal programları aile ve toplum refahı, kadın refahı, çocuk ve genç refahı, acil yardım, kendi işini kurma yardımı (Self-employment Assistance – SEA-K), gıda ve beslenme, sağlık, su ve hijyen, gelir güvencesi, temel eğitim ve okuma yazmayı kapsar. Örneğin CIDSS kendi işini kurma programıyla üyelere, küçük ERAP mağazaları kurmaları için başlangıç sermayeleri verildi. Bir kısmı banka hesaplarında saklanan günlük küçük geri ödemeler şart koşuldu. Bu çabalar, Grameen modelini Bangladeş dışında ilk uygulayan ülke olma ayrıcalığı olan Filipinler'de, uzun bir geçmişi olan mikrokredi programlarıyla (kriz vurduğunda 84 tanesi uygulamadaydı) uyum içindeydi. Topluca CIDSS ve mikrokredi programlarının, maliyeti yüksek olmasına karşın, yoksulluk hızı üzerine önemli olumlu etkileri oldu. Kriz süresince katılan aileler tasarruf kültürü ve toplumsal sorumluluk kurumlaşmış olduğundan, diğerlerinden daha iyi durumdaydı. Var olan fakat kriz vurduğunda genişletilen mikrokredi programlarının bazıları şunlardır:

1. Kaunlaran Halk Kredisi ve Finans Şirketi aracılığı ile kendi işini kurma yardımı
2. Filipin Kırsal Yeniden Yapılandırma Hareketi'nin üretim yardımı garanti fonları (El Niño kaynaklı kuraklığa yanıt olarak çiftçi desteği)
3. Grameen tabanlı ASHI mikrokredisi (yürürlüktekilerin en eskisi) El Niño sigortasını kapsayacak şekilde genişletildi.

En çok eleştiri alan programlar İş için Gıda girişimleri ve kırsal yol programlarıydı. İş için Gıda girişimlerinin dezavantajları arasında tarımsal ekim, dikim ve hasatta mevsimsel zamanlamanın çakışması, yetersiz fonlar ve güvenliğin kötü olması vardı. Kırsal yol programları cinsiyete duyarsız bulunmuştu (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2001).

Filipinler'in deneyimi yine toplum katılımının önemine işaret eder. Ana ders, farklı bölgelerde muhtelif programlar uygulanırken eşgüdümün önemli olduğudur. Filipinler'de bu rolü CIDDS oynamıştır. Dahası, bu olgu fazla genişlik gerektirmeyen, farklı fonlama kaynaklarına açık ve iyi eşgüdüm sağlanmış girişimlerin, pahalı kamusal çalışma programlarından çok daha yararlı olabileceğini göstermektedir. Bu, özellikle emeğin kayıt dışı sektörde ve yoksulluğun kırsal alanlarda yoğunlaştığı Filipinler gibi ülkeler için geçerlidir. Mikrokredi girişimlerinin uzun ve başarılı tarihi ve Filipinler'de krize yanıttaki rolü bu bakış açısını desteklemektedir.

SONUÇ: EKONOMİK GÜVENCESİZLİĞİ AZALTMAK İÇİN SOSYAL GÜVENLİK AĞLARI

Bu bölüm ticari ve mali serbestinin kalkınmakta olan ülkelerde ekonomik güvencesizliği ve hane halkı kırılganlığını artırdığı ve bu nedenle sağlık çıktılarında gerileme bakımından risk yaratabileceğini tartışmıştır. Bu bağlamda biz bir dizi orta-gelirli ülkenin bu ekonomik güvencesizliğin üstesinden nasıl geldiğini yürürlükteki politikaları ve 1990'ların sonunda Asya krizi boyunca benimsenen politikaları inceleyerek araştırdık.

Kalkınmakta olan ülkelerde ekonomik güvencesizliğe yanıt veren politikalar üzerine genel bir bakışla düşünüldüğünde, düşük ve orta gelirli ülkelere verilen tavsiyeleri ayırt etmek önemlidir. Düşük gelirli ülkelerin sosyal korumayı fonlamak için sınırlı mali kaynakları vardır ve ekonomilerinin büyük kısmı kayıt dışı ve/veya kendini geçindirmeye yönelik olarak tarıma dayalı olduğundan, böyle fonları artırma kapasiteleri sınırlıdır. Bu sınırlı kaynaklar göz önüne alındığında, sosyal koruma, uzun vadeli yoksulluğun azaltılmasına katkıda bulunan müdahaleler üzerinde odaklanmalıdır. Müdahalelerin aynı zamanda, düşük gelirli ülkelerde hane halkı geçiminin ana tehdidi ve yoksullaşmanın (sağlık yoksulluğu) ana kaynağı olan (Norton, Convay ve Foster, 2001; Wagstaff, Watanabe ve van Doorslaer, 2001) beklenmedik tıbbi masraflara karşı koruyucu sağlık sigortası planları gibi çoğaltıcı (çarpan) etkileri (Smith ve Subbarao, 2003) olmalıdır. Böyle bir güvencesizliğe karşı koruma oldukça değerlidir. Ancak, sosyal sağlık sigortası (istihdama bağlı sigorta) genellikle düşük gelirli ülkelerde kayıtlı istihdam düzeyinin düşük olması nedeniyle işgücünün yüze 5'inden fazlasını kapsamaz. Bu koşullarda ulusal hükümetin dikkati, topluma dayalı sağlık sigortası planlarını geliştirmek

için bir ortam yaratmaya (Van Ginneken, 2003) veya gelire göre toplanan vergilerden fonlanan sağlık sigortası planlarına odaklanmalıdır. Gelire göre toplanan vergilerden fonlanan sağlık sigortası planları, toplulukların etkin bir risk havuzu oluşturmak için yeterli tasarrufu olmadığından daha çok tercih edilir. Dahası, topluluklar arasında büyük gelir eşitsizlikleri varsa, topluma dayalı sigorta, Dünya Sağlık Örgütü'nün zenginden yoksula, sağlamdan hastaya adalet ve çapraz sübvansiyon ölçütlerine göre başarısız olabilir (World Health Organization, 2000).

Orta gelirli ülkelerin, düşük gelirli veya kalkınmada en alttaki ülkelere göre ekonomik güvencesizliği azaltmak için kullanabilecekleri daha geniş bir araç yelpazesi vardır. Ana politika konusu, sosyal korumanın özgün grupları mı hedefleyeceği, yoksa evrensel bir kapsama doğru mu hareket edeceği haline gelir. Hedefe yönelik programlar sosyal korumanın maliyet etkilerini azaltmak bakımından çok çekici olabilirler (Ravallion, 2003; Coady, Grosh ve Hoddinot, 2004; Prichett, 2005). Ancak şimdi birçok orta gelirli ülke, "toplumun çoğunluğunun desteğini alan geniş tabanlı sosyal güvenlik sistemlerine" gereksinim olduğunun farkına vararak, evrensel kapsam için çaba sarf etmektedir. "Böyle planların maliyet-etkin vergilerle finanse edilen yararlarla tamamlanan güçlü bir sosyal sigorta bileşeni vardır (Van Ginneken, 2003). Değerlendirme ve politika çalışmaları evrensellik yararına güçlü argümanlar barındırır. Birincisi, hedefe yönelik kapsayıcılık dışlayıcıdır ve mevcut toplumsal tabakalaşmayı ve damgalamayı pekiştirir. İkincisi, makroekonomik şoklar, sistemik kriz zamanlarında orta sınıfları, düşük orta sınıflardan, hatta resmi yoksulluk sınırı altında olanlardan çok az şeyin ayırdığını anımsatır. Bu, evrensel kapsamın, zor zamanlarda vazgeçilmez olan daha geniş ekonomik dayanışmanın temeli olduğu için doğası gereği arzu edilir olduğu iddiasını pekiştirir. Üçüncüsü, hedefe yönelik programların genellikle idari maliyeti daha büyüktür ve bunlar birçok düzeyde sızıntıya (kapsayıcılık hatalarına) yatkındırlar.

1997'de Doğu Asya'yı vuran mali ve ekonomik kriz, bir dizi ders çıkartılabilecek sosyal koruma programları biçiminde yanıtlar üretmiştir. Bu bölümde ele alınan ülke deneyimlerinin etki ve benimsenen politikalar bakımından değişmelerine karşın, diğer gelişmekte olan ülkeler bağlamında serbestinin sağlığa etkileri üzerine düşünmek için yararlı olacakları açıktır. İlk ders, sosyal koruma programlarının, geniş ölçekli ekonomik şokları yanıtlamada kolayca artırılabilmesine izin veren esneklikte tasarlanmalarının gerektiğidir. Hindistan'da istihdam garantisi planı olguları (bakınız Kutu 6.1) veya Filipinler'de mikrokrediyi artırma, böyle esnekliklere örnek oluşturur. Bu bölümden daha geniş genellemeler ve ekonomik kriz zamanlarında sağlığı korumada en etkin özgün sosyal koruma çeşidinin ne olduğuna ilişkin sonuçlar çıkartılmasının güçlüğüne karşın, bulgular, kriz vurmadan önce kurulmuş sosyal koruma planlarına sahip olmanın önemini düşündürmektedir. Ayrıca bulgular, kriz boyunca bütçe kısıntılarından

koruyucu taahhütleri olan, önceden belirlenmiş kritik programlara sahip olmanın önemini vurgulamaktadırlar. Bu politika/program, önceliklerini tanımaya zorlar, toplumsal ve ekonomik alanlarla arasındaki bağı kurumlaştırır ve kriz vurduğunda donörlere açık mesajlar iletir (Blomquist et al., 2002). Koruma programları listesine uzun vadeli sağlık etkilerini önlemeye odaklı, insani gelişimi geriletmeyi önleyecek genel bir strateji rehberlik etmelidir.

Kutu 6.1 İstihdam yoluyla sosyal korumaya alternatif yaklaşımlar: Hindistan deneyiminden dersler.

Kamusal çalışma programları gelişmekte olan ülkelerde genellikle fiili sosyal koruma araçları olarak hizmet ederler. Böyle programlar çift amaçlı programlar olarak görülür – bir taraftan ekonomik güvencesizliği hafifletmeye yardımcı olurken, diğer taraftan istihdam yaratma ve toplum varlıklarının gelişimi yoluyla yoksulluğu azaltmaya katkıda bulunurlar. Hindistan'da böyle çift amaçlı kamusal çalışma programlarının uzun bir geçmişi vardır; bunlardan dikkat çeken biri Maharashtra İstihdam Garanti Planı'dır (M-EGS).

Hindistan'ın Maharashtra eyaletinin belli alanları özellikle kuraklığa eğilimli ve çoraktır. 1972 kıtlığına yanıt olarak Maharashtra hükümeti böyle bir alanda yeni garantili istihdam kavramının kullanması bakımından dikkat çeken bir kamusal çalışma planı başlatmıştır. Maharashtra Hindistan'da, "parça başına niteliksiz kol-gücüyle çalışmaya istekli 18 yaş üzerindeki her erişkine" iş bulmayı "garanti" eden ilk eyalet oldu. M-EGS ölçeği (yıllık yaklaşık 200 milyon kişi-gün iş), süresi (33 yıl) ve "istihdamı bir hak olarak" güvenceye alan, sosyal korumaya hak temelli yaklaşımı bakımından dikkat çekti. Aday işçiler plana kendileri kaydolmakla yükümlüydüler.

NASIL VE NEDEN İŞLER: İÇİNDE HERKESE BİRŞEY VAR

Eyalet düzeyinde gelirlerini esas olarak şehirlerden toplanan vergilerden alan (mesleki istihdam vergisi, ilave motorlu taşıtlar vergisi ve emlak vergisi üzerine bir ek vergi), eyalet hükümetinin de eşit miktarda katkıda bulunduğu bir istihdam garanti fonu kuruldu.

M-EGS'nin uzun sürmesinin arkasındaki nedenin "içinde herkes için bir şey olduğu" fikrine yaygın olarak inanıldı: şehirli orta sınıflar ve yüksek gelirliler kalabalığı azaltmak ve Mumbai'ye kırdan kente göçü önlemek için M-EGS'e ödeme yaptılar (fonların yaklaşık %60'ı Mumbai şehir vergilerinden geldi); kırsal

alanlardaki yüksek gelirli gruplar programı, yaratılan varlıklardan orantısız olarak yararlanmaları nedeniyle desteklediler. Kırsal zenginler sulama ağı onarımları gibi fiziki varlıkların ötesinde, mevsim dışı emeği desteklemek zorunda olmamalarından yararlandılar. Politikacılar, planı bir prestij planı olarak gördüler ve politik çıkar ummaları nedeniyle desteklediler. Kırsal yoksullar hem doğrudan (haftalık ücret) hem de dolaylı olarak (ücra alanlardaki yollar gibi kamu işleri aracılığı ile) yararlandılar. Özellikle kadınlar, Hindistan kırsalında yaygın olan cinsiyete dayalı ücret farkı olmadığından, plandan yararlandılar (Herring ve Edwards, 1983; Eccheverri-Gent, 1998).

KONJONKTÜR KARŞITI ETKİ VE ULUSAL KAPSAYICILIK

Çift amaçlı kamusal iş planları gerçekten kriz zamanlarında test edilir. Öyleyse anlamlı olan soru, böyle planların kriz zamanlarında nasıl kolayca artırılabileceğidir. Bu bakımdan M-EGS iki açıdan iyi puan toplamıştır. Bir keresinde, eyaletin %12'yi bulan harcamalarını, M-EGS 1982'de kuraklığa yanıt olarak %64'e genişletebilmişti (Alderman ve Haque, 2006); bu da olumlu konjonktüre karşıt rolü kanıtlar. Böylesi genişleme idareyi zorlayıp kaliteyi azaltırken, muhtelif çalışmaların genel yargısı kriz boyunca esnek yönetimin ve hedef olarak düşük gelirlilerin yararlanmasını belirlemenin altını çizmiştir. Dahası, Bangladeş'teki 1974-75 kıtlığı ile Maharashtra'da uzayan kuraklığın karşılaştırılması da (Cain ve Lieberman, 1982) önceden alınan tedbirlerin altını çizer. Çalışmalar Maharashtra'da arazi satışı sıklığının kuraklık boyunca düşük ve göreli sabit kalırken, Bangladeş'te özellikle kriz zamanında patladığını belirtir. Ravallion, Datt ve Chaudhuri (1993, s.166) ek olarak "Bangladeş'te 1974 kıtlığı hakkında şimdi bildiğimiz, eğer etkin bir kırsal kamusal çalışma planı olsaydı, çok sayıda insan açlıktan ve yoksullaşmaktan korunabilirdi" iddiasını ileri sürerler.

Maharashtra İstihdam Garanti Planı deneyimi, birçokları tarafından Hindistan'ın son Ulusal Kırsal İstihdam Garanti Yasası (2004) ardındaki itici güç olarak görülmektedir. Yasa, her yoksul ailenin bir üyesine parça başı ücretle yılda 100 günlük iş garantileyerek ülkenin kırsal yoksullarına ulusal ölçekte bir güvenlik ağı olmayı amaçlamaktadır.

KAYNAKLAR

Alderman, H., & Haque, T. (2006). Countercyclical safety nets for the poor and vulnerable. *Food Policy,* 31, 372-83.

Armstrong, J., Viossat, L. -C., & Flanagan, K. (1999). *Towards an East Asian social protection strategy.* Washington, DC: Human Development Unit: East Asia and Pacific Region, World Bank. Retrieved from: http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Publications/20265409/SPSSPEA.pdf.

Balisacan, A. M., Edillon, R. G., Brillantes, A. B., & Canlas, D. C. (2000). *Approaches to tar-*

geting the poor. Quezon City: School of Economics, University of the Phillippines.

Bautista, C., Angeles, L., & Dionisio, J. (2000). Philippines. In T. G. McGee & S. Scott (eds.), *The poor at risk: Surviving the economic crisis in Southeast Asia.* Final report of the Project Social Safety Net Programs in Selected Southeast Asian Countries, 1997-2000. Vancouver: Centre for Southeast Asian Research, Institute of Asian Research, University of British Columbia. Retrieved from: http://www.iar.ubc.ca/centres/csear/SSN/TOC.htm.

Blomquist, J., Cordoba, J. P., Verhoeven, M., Moser, P., & Bouillon, C. (2002). Social safety nets in response to crisis. In P. Whiteford (ed.), *Towards Asia's sustainable development: The role of social protection.* Paris: OECD. Retrieved from: http://titania.sourceoecd.org/vl=3684900/cl=29/nw=1/rpsv/cgi-bin/fulltextew.pl?prpsv=/ij/oecdthemes/99980142/v2002n4/s1/p1l.idx.

Boix, C. (2002). Globalization and the egalitarian backlash: Protectionism versus compensatory free trade. In *Workshop on "Globalization and Egalitarian Redistribution,"* Santa Fe Institute.

Bourguignon, F., & Goh, C. (2003). Trade and labor market vulnerability in Indonesia, Korea, and Thailand. In K. Krumm & H. Kharas (eds.), *East Asia integrates: A trade policy agenda for shared growth.* Washington, DC: The World bank.

Burgoon, B. (2001). Globalization and welfare compensation: Disentangling the ties that bind. *International Organization,* 55, 509-51.

Cain, M. T., & Lieberman, S. S. (1982). *The fertility impacts of development policy in Bangladesh.* Consultants report to USAID/Dacca and the Population Section Planning Commission, Government of Bangladesh.

Coady, D., Grosh, M., & Hoddinott, J. (2004). Targeting outcomes redux. *The World Bank Research Observer,* 19, 61-85.

Cornia, G. A. (2001). Globalization and health: Results and options. *Bulletin of the World Health Organization,* 79, 834-41.

Cornia, G. A., Rosignoli, S., & Tiberti, L. (2008). *Globalisation and health: Pathways of trkansmission and evidence of impact.* Globalization Knowledge Network Research Papers. Ottowa: Istitute of Population Health, University of Ottowa. Retrieved from: http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Globalisation%20and%20Health%20Pathways%20of%20Tranmission%20and%20Evidence%20of%20Impact.pdf.

Dev, M. (1995). India's (Maharashtra) Employment Guarantee Scheme. In J. von Braun (ed.), *Employment for poverty reduction and food security.* Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

Echeverri-Gent, J. (1998). Guarantee employment in an Indian state: The Maharastra experience. *Asian Survey,* 28(12).

Garrett, G. (1998). Global markets and national politics: Collisian course or virtuous circle? *International Organization,* 52, 782-824.

Gough, I. (2001). Globalization and regional welfare regimes: The East Asian case. *Global Social Policy,* 1, 163-89.

Gunter, B., & van der Hoeven, R. (2004). The social dimension of globalization: A review of the literature. *International Labour Review,* 143, 7-43.

Hashim, Shafruddin. (2002). Governance and social policy in Malaysia. *Towards Asia's sustainable development: The role of social protection.* Paris: OECD.

Hayes, J., Ehrlich, S., & Peinhardt, C. (2002). Globalization, the size of government, and labor market institutions: Maintaining supports for openness among workers. Presented at: 2002

Annual Meeting of the Midwest Political Science Association, (unpublished).

Herring, R., & Edwards, R. (1983). Guaranteeing employment to the rural poor: Social functions and class interests in the Employment Guarantee Scheme in Western India. *World Development,* 11.

Hewison, K. (2004). Crafting Thailand's new contract. *The Pacific Review,* 17, 503-22.

———, (2006). Crafting Thailand's new contract. In H. E. E. Nesadurai (ed.), *Globalization and economic security in East Asia: Governance and institutions.* London: Routledge.

Holliday, I. (2000). Productivist welfare capitalism: Social policy in East Asia. *Political Studies,* 48, 706-23.

Hopkins, S. (2006). Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy,* 75, 347-57.

Joo, J. (1999). Explaining social policy adoption in Korea. *Journal of Social policies in emerging market economies.* Kalamazoo, MI: Upjohn Institute.

Mansor, N., & Awang, H. (2002). The role of social safety nets in Malaysia. In P. Whiteford (ed.), *Towerds Asia's sustainable development. The role of social protection* (pp. 197-214). Paris: OECD.

Norton, A., Conway, T., & Foster, M. (2001). *Social protection concepts and approaches: Implications for policy and practice in international development.* Working Papers No. 143. London: Overseas Development Institute.

Peng, I. (2004). Postindustrial pressures, political regime shifts, and social policy reforms in Japan and South Korea. *Journal of East Asian Studies,* 4.

Pongsapich, A. (2001). *Social safety nets in Thailan: Analysis and prospects.* Strengthening policies and programs on social safety nets No. 8. New York: UNESCAP.

———. (2002). Social safety nets: Programmes and projects in Thailand. In P. Whiteford (ed.), *Tawards Asia's sustainable development: The role of social protection* (pp. 231-59). Paris: OECD.

Prichett, L. (2005). *A lecture on the political economy of targeted safety nets.* Social Protection Discussion Paper Series. Washington, DC: World Bank.

Puguh, B. I. (2001). *Social safty nets in Indonesia: Analysis and prospects.* Strengthening Policies and Programs on Social Safety Nets No. 8. New York: UNESCAP.

Ravallion, M. (2003). *The debate on globalization, poverty and inequality: Why measurements matter.* Policy Research Working Papers No. 3038. Washington, DC: World Bank. Retrieved from: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/05/30/000094946_03051604080285/Rendered/PDF/multi0page.pdf.

Ravallion, M., Datt, G., & Chaudhuri, S. (1993). Does Maharashtra's Employment Guarantee Scheme guarantee employment? Effects of the 1988 wage increase. *Economic Development and Cultural Change,* 41, 251-71.

Reyes, C. M., & Manasan, R. G. (1999). *The social impact of the regional financial crisis in the Philippines.* MIMAP Research Paper 41. Ottawa. Internationl Development Research Centre.

Rodrik, D. (1997). *Has globalization gone too far?* Washington, DC: Institute for International Economics.

———. (1998). *Where did all the growth go? External shocks, social conflict and growth collapses.* Discussion Papers No. DP1789. London: Centre for Economic Policy Research.

Scheve, K., & Slaughter, M. J. (2004). Economic insecurity and the globalization of production. *American Journal of Political Science,* 48, 662-74.

Smith, J., & Subbarao, K. (2003). *What role for safety net transfers in very low income countries?* Social Safty Nets Primer Series. Washington, DC: World Bank.

Torres, R. (2001). *Towards a socially sustainable world economy: An analysis of the social pillars of globalization.* Geneva: International Labour Office.

United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, (2001). *Strengthening policies and programmes on social safety nets: Issues, recommendations and selected studies.* Social Policy Papers No. 8. Bangkok: United Nations. Retrieved from: http://www.unescap.org/esid/psis/publications/spps/08/2163.pdf.

van der Hoeven, R., & L¸bker, M. (2005). Financial openness and employment: A challenge for international and national institutions In *2006 Meeting, Global Development Network,* St. Petersburg. Geneva: International Policy Group, International Labour Office. Retrieved from: http://ctool.gdnet.org/conf_docs/Hoeven_Paper_Lunch%20Time%20Session_ILO.pdf

Van Ginneken, W. (2003). Extending social security: Policies for developing countries. *International Labour Review,* 142.

Wagstaff, A., Watanabe, N., & van Doorslaer, E. (2001). *Impoverishment, insurance, and health care payments.* Health, Nutrition, and Population Network. Washington, DC: World Bank.

Whiteford, Peter, ed. (2002). *Towerds Asia's sustainable development: The role of social protection.* Paris: OECD.

World Bank, International Monetary Fund, Asian Development Bank, and Inter-American Development Bank. (2001). *Social safty nets in response to crisis: Lessons and guidelines from Asia and Latin America.* Submitted to the APEC Finance Ministers. Washington, DC: Inter-American Development Bank. Retrieved from: http://www.iadb.org/sds/POV/publication/publication_21_2744_e.htm.

World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* World Health Report. Geneva: World Health Organization.

7. Bölüm

SAĞLIĞIN KÜRESEL FİNANSMANI
Yardım ve Borçların Hafifletilmesi

Sebastian Taylor ve Michael Rowson

GİRİŞ

Bu kitabın diğer bölümlerinde de tartışıldığı gibi, ülke sınırları içinde ve ülkeler arasında sağlık eşitliğini artırmak için cömert sosyal koruma politikalarının ve sağlık sistemi finansmanının herkesi kapsayan biçimlerinin uygulamaya alınması ve eğitim, su/sanitasyon ve aktif istihdam politikaları gibi sağlığın sosyal belirleyicilerine (SSB) yatırım yapılması gerekmektedir. Devletlerin bu tür yatırımları fonlamak için yeterli geliri toplama becerisine sahip olması gereklidir ve pek çok düşük gelirli ülke için bu beceri, sermaye kaçışı, doğrudan yabancı yatırımlarının azalması ve dış alımın serbest bırakılması sonucunda yaşanan önemli bir gümrük vergisi kaybı gibi küreselleşmenin çeşitli biçimleri tarafından riske sokulmaktadır. Bu bölümde artı yönlü küresel finansman akışının iki özel şekli işlenmektedir: genellikle yardım olarak kısaltılan resmi kalkınma yardımı (RKY) ve borçların hafifletilmesi. Birbirinden farklı olmakla birlikte, bu iki akış şekli oldukça iç içe geçmiştir ve her biri yoğun uluslararası, akademik ve sivil toplum tartışmalarının konusudur. Bu tartışmalar uygunluk, yararlılık, ilişkilendirme ve koşulluluk problemlerini içermektedir. Bu bölümde bu soruları yanıtlarken, özellikle sağlık konusundaki yardıma odaklanmadan evvel, öncelikle yardımla ilgili genel eğilimler ve tartışma konuları ele alınmıştır. Ardından, önce borcun finansmanı ve hafifletilmesi başlıkları ele alınmış, daha sonra sağlıkta (ve SSB'ye erişimde) küresel eşitliği artırmak için yardım ve borç hafifletilmesi konularına nasıl yaklaşılması gerektiği konusu ile bölüm tamamlanmıştır. Konuya başlamadan önce, borcun yoksulluğun giderilmesinde birbiri ile yakından bağlantılı yerel ve uluslararası kısıtlılıklar ağının sadece bir parçasını oluşturduğuna ve yardımın yoksullar lehine yeniden düzenlendiği durumlarda bile bu kısıtlılıkların bazılarını giderme yollarından sadece bir tanesi olduğuna dikkat edilmelidir. Ticarette ve küresel yönetişimdeki değişiklikler eşit derecede önemlidir ve birini vurgularken diğerinin ihmal edilmesinin (örn. "yardım değil, ticaret") küresel sağlık eşitliğinde anlamlı bir gelişme sağlaması beklenemez.

RESMİ KALKINMA YARDIMI (RKY)

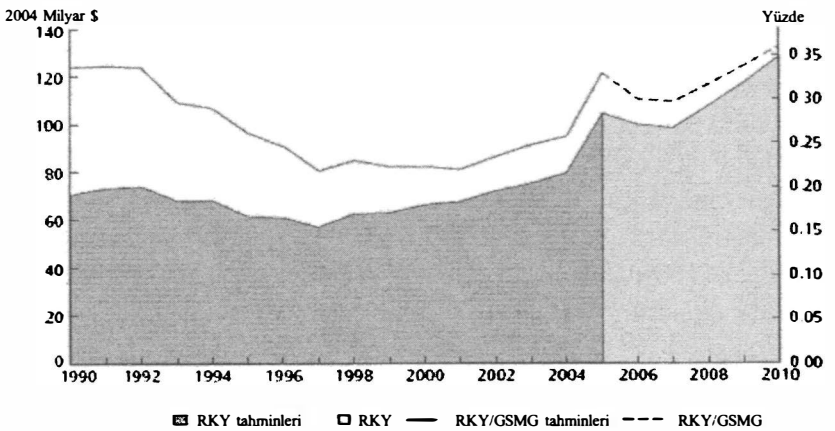
İkinci Dünya Savaşının öncesine uzanan Resmi Kalkınma Yardımı (RKY), veya kısaca yardım, o dönemde ağırlıklı olarak sömürgeci işlemler ve transferler şeklinde gerçekleşmiştir (Führer, 1996). RKY'nin modern yapısı İkinci Dünya Savaşı'nın sonunda Birleşmiş Milletler ve Bretton Woods kurumları olarak adlandırılan Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund – IMF) ve Dünya Bankası'nın kurulması ile ortaya çıkmıştır. Avrupa'nın savaş sırasında yok edilen altyapısını yeniden inşa eden Marshall Planı'nın başarısı, Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü'nün (Organization for Economic Co-operation and Development – OECD) kurulması, dünyanın gelişmekte olan bölgelerinin pek çoğunda sömürge dönemi sonrası bağımsız devletlerin ortaya çıkması ve Soğuk Savaş dönemine özgü kutuplaşma ve bağımlı devlet ilişkileri RKY kavramını destekleyen gelişmeler oldular. Yardımın bu tarihsel kökleri RKY'nin, özellikle iki taraf arasında (örn. iki devlet arasında) gerçekleştiğinde, günümüzde yardımın akışını saptırmaya devam eden çıkarların karmaşık jeopolitik ve ekonomik etkileşimini nasıl ve niçin yansıttığını aydınlatmaya yardımcı olmaktadır.

Günümüzde RKY'nin oldukça kesin bir anlamı vardır ve bu tanıma göre RKY gelişmekte olan ülkelere ana hedef olarak ekonomik kalkınmanın ve refahın teşvik edilmesi amacı ile verilen bağışlar veya borçlardır (OECD, 2006). RKY genel olarak çoğunlukla borcu veya bağışı sağlayan ülkelerden uzman danışmanların kullanımı anlamına gelen teknik iş birliğini içerirken, askeri amaçlı finansman RKY'nin dışındadır. RKY'nin büyük bir kısmı doğrudan bağış olarak verilir. Kredi olarak gelen bir dış finansmanın yardım olarak değerlendirilebilmesi için en az yüzde 25'inin bağış niteliğinde olması gerekmektedir.

Mutlak değer olarak 1950 ile 1990 arasında ciddi bir biçimde yükselen (Führer, 1996) yardım tutarının çarpıcılığı, yardımı yapanların gayri safi milli gelirlerinin (GSMG) oranı açısından bakıldığında azalmaktadır. 1969 tarihli Uluslararası Kalkınma Raporu gayri safi milli hasılaların (GSMH) (artık GSMG olarak adlandırılmaktadır) yüzde 0,7'sinin yardım olarak verilmesini önermekteydi. Bu hedef sadece birkaç Kuzey Avrupa ülkesi (Norveç, İsveç, Lüksemburg, Hollanda ve Danimarka) tarafından düzenli bir şekilde tutturulmaktadır. 2005 yılında, tüm yardım sağlayan ülkelerin yaptığı yardım tutarının ortalaması GSMG'lerinin sadece yüzde 0,33'üne karşılık gelmekteydi (OECD Development Assistance Committee – Kalkınma Yardımı Komitesi, 2006). 1990'lı yıllarda borç hafifletmenin artması ile birlikte, RKY hem mutlak değer olarak hem de oransal olarak düşüş gösterdi. Bu düşüşe açıklama olarak sunulan tezlerden biri, başta doğrudan yabancı yatırımlar (DYY) olmak üzere diğer finansal akışların yardımlardan daha önemli olmaya başlamasıydı. Bu açıklamada dünyanın

bazı bölgeleri için gerçeklik payı bulunmakla birlikte RKY ve DYY'nin göreceli hacimleri küresel tabanda bölgeler arasında ciddi farklılık göstermektedir. Latin Amerika 1997'de kişi başına 13$ RKY ve yine kişi başına 62$ DYY aldı. Aynı dönemde bu değerler Sahra Altı Afrika (SAA) bölgesi için sırası ile 27$ ve sadece 3$ olarak gerçekleşti (OECD, 1998). SAA bölgesi halen yardıma aşırı bir biçimde bağımlıdır; 1991 ile 2002 arasında, bölgeye gelen tüm finansal akışın yüzde 90'ından fazlası RKY olarak gerçekleşmiş (Ahmed & Cleeve, 2004) ve bu da yardım bağımlılığının riskleri hakkında ateşli tartışmalara neden olmuştur.

1990'lı yılların sonunda, Binyıl Kalkınma Hedeflerinin (BKH) benimsenmesi ile birlikte, yardım tekrar artmaya başladı ve bu artışını sürdüreceği öngörüldü (Şekil 7.1).



Şekil 7.1 RKY eğilimleri; gerçekleşen ve tahmin edilen, 1990-2010

Kaynak: (OECD Kalkınma Yardımı Komitesi, 2005).

Yine de bu konuda üç farklı uyarı bulunmaktadır:

1. Toplam yardım büyüklüğü (gözlenebilen küresel gereksinim ile karşılaştırıldığında) kronik bir şekilde düşük kalmaktadır.
2. Yardımın kısa vadedeki büyüklüğünü sürekli finansman sağlamadan ve sosyal ve ekonomik sektörler arasında tutarlı bir dağıtım olmadan artırmak ("büyük itiş" veya "Afrika için Marshall Planı" yaklaşımı), kolayca durgunluk veya terse dönmeye dönüşebilecek kısa vadeli kazanımları riske atmaktadır.
3. Yardımın biçimi en az büyüklüğü kadar veya ondan da fazla önemlidir.

YARDIM: ŞEKİLLERİ, KULLANIMI VE ETKİLERİ

Yardım farklı şekiller alabilir; doğrudan hükümetlere sağlanan genel bütçe desteği (GBD), donörlerin yardımı alan ülkede ortak bir havuz yarattığı sektör çapında destek, altyapı yatırımı ve proje finansmanı, teknik iş birliği ve gıda yardımı. Bu farklı yardım şekillerinin temel olarak yardım yapan kuruluşlar tarafından belirlenen kullanım koşullarının ağırlığı ve etkileri önemli farklılıklar göstermektedir (Griffin & Enos, 1970; Most & Van Den Berg, 1996; Mavrotas, 2003; Rajan & Subramanian, 2006; Sundberg & Gelb, 2006; Thiele, Nunnenkamp & Dreher, 2006).

Yardımın farklı şekilleri arasındaki temel bir ayrım "özel amaçlı" ve "genel amaçlı" olmalarına göre yapılabilir (Independent Evaluation Office, 2006). Özel amaçlı yardımlar borçların hafifletilmesi, teknik iş birliği, gıda ve acil durum yardımı ve yardımın kendisi ile ilgili yönetsel masrafları kapsamaktadır. Genel amaçlı yardımlar ise altyapı yatırımları, sağlık ve eğitim için sağlanan fonları kapsamakta ve sermaye gereksinimi ve yinelenen maliyetler için kullanılabilmektedir (World Bank & International Monetary Fund, 2006). Genel amaçlı yardımlar sosyal sektörlerdeki harcamaları artırırken (örneğin sağlık ve eğitim sistemlerinin güçlendirilmesi), özel amaçlı yardımlar ile karşılaştırıldığında yoksulluğun azaltılması ile daha kuvvetli bir ilişkiye sahiptir; buna karşılık günümüzde yardım tutarındaki artışların sadece yüzde 8'i genel amaçlı yardımların kapsamına girmektedir (Sundberg & Gelb, 2006; World Bank & International Monetary Fund, 2006). Verimi ve etkinliği daha az olan ve toplamın yaklaşık yüzde 70'ini oluşturan özel amaçlı yardımlar ise 2001 ile 2004 yılları arasında aslan payının sahibi olmuştur (ActionAid International, 2005). Özel amaçlı yardımların bu ağırlığı yardım sağlayan ülkelerin günümüzdeki retoriği olan yardımın yoksulluğu azaltması hedefi ile uyuşmamaktadır; benzer şekilde, yardım sağlayan ülkelerin taahhüt ettikleri tutarların gerçekte verdikleri ile uyuştuğu da nadiren görülmektedir (Michaud, 2003). 2005 yılında taahhüt edilen RKY tutarının sadece yüzde 70'i gerçekten sağlandı (Afrodad Zimbabwe & diğer 25 sivil toplum örgütü, 2005; Rajan & Subramanian, 2006).

Yardım türleri sırası ile "üretken" olduğu söylenen sektörlere (örneğin tarım sektörü) ve sağlık ve eğitim gibi "sosyal" sektörlere yapılan yatırımlar için kullanılan "kısa" ve "uzun" vadeli finansman ifadeleri kullanılarak da ayrılabilir. Burada "söylenen" ifadesinin kullanılmasının nedeni sektörler arasındaki bu ayrımın ampirik veya teorik olmaktan çok ideolojik olmasıdır. Yeni araştırmalar ekonomik büyümenin ülke halkının sağlık ve okur yazarlık düzeyinin gelişimi ile ilişkili olmasından dolayı sosyal sektörlerin de eşit derecede üretken sektör olarak kabul edilmesi gerektiğini göstermektedir (Commission on Macroeconomics and Health, 2001). Aynı zamanda, bu durum temel bir etik kaygı-

yı gündeme getirmektedir: yardımın temel dağıtım veya değerlendirme kriteri ekonomik büyümeye katkısı mı olmalı? Yoksa ardından bir ekonomik büyümenin gelip gelmediğine bakmaksızın insanların temel gereksinimlerinin karşılanması gibi diğer kaygılar mı uygun ölçüt olarak kabul edilmeli? Sağlıkta küresel eşitlik noktasından bakıldığında, belli bir ekonomik büyüme derecesinin önemli olduğu, çünkü yardım alan pek çok ülkede hükümetlerin, ailelerin ve bireylerin temel gereksinimlerini karşılama yetkinliklerini artırmak için büyümenin yeterli olmasa bile gerekli bir koşul olduğu görülmektedir. BKH'den dolayı RKY'deki eğilimin altyapı yatırımlarının ve ekonomik büyüme ile daha doğrudan ilgili olan diğer sektörlerin aleyhine ve sosyal sektör harcamaları yönünde değiştiği öne sürülmektedir. Örneğin tarıma yapılan yardımların oranı ciddi bir düşme gösterdi. Birleşik Devletler Uluslararası Kalkınma Ajansı'nın 2000 ile 2004 yılları arasında Afrika tarımına yaptığı yardımın toplamı 459 milyon dolardan alçak gönüllü bir şekilde 514 milyon dolara yükseliş gösterirken, aynı kurumun Afrika sağlık bütçesi hemen hemen ikiye katlandı. Genel toplamda ise iki taraflı olarak gerçekleşen toplam yardım tutarında tarımın 2000'de yüzde 13 olan payı 2003'te yüzde 9'a düşerken, aynı dönemde sağlıkla ilişkili yardım yüzde 115 büyüme gösterdi (Howard, 2005). Tarım için yapılan yardımın dış satım amaçlı büyük ölçekli üretimi değil de küçük üreticileri ve yerel gıda güvenliğini gözettiği durumlarda, bu yardımdaki azalma insani gereksinimler ve sağlık eşitliği üzerinde önemli olumsuz etkiler yaratabilir. Bir başka ifade ile, yardımın SSB'nin yeterli ve eşitlikçi bir dağılımını daha etkin bir biçimde destekleyebilmesi için, resmi sağlık sektörünün ötesine uzanması ve ekonomik büyüme sektörlerine yönelik stratejik yatırımları kapsayarak yoksullar lehine orantısız yarar (bir başka deyişle, yoksul yanlısı yatırım) sağlaması gerekmektedir (Maxwell, 2005; Addison, Mavrotas & McGillivray, 2005a).

YARDIMIN ETKİNLİĞİ

Yardımın yoksulluğun azaltılmasında etkin olabilmesi için, yapılma amacının da bu olması gerekir, oysa altmış yıllık RKY deneyimi durumun bu olmadığını göstermektedir (Collier & Dollar, 1999). Yardımın ülkelere yönlendirilmesinde ne kalkınma ne de özellikle temel insani gereksinimler değil, diğer nedenler ağır basmaya devam etmektedir. Yardım sağlayanların yardımı nereye gönderecekleri kararını kuvvetli bir şekilde etkileyen unsurlar jeopolitik, jeostratejik, ticaret ve güvenlikle bağlantılı çıkarlardır ve ilk olarak bu etkenleri güçlendiren Soğuk Savaş olmuştur (Boone, 1996; Hoebink, 1997; Schraeder, Hook & Taylor, 1998; Alesina & Dollar, 2000; Hopkins, 2000; Stiglitz, 2002; Khan, 2003). En aşırı durumlarda, "yoksulluğun azaltılması gibi kalkınma veya insani amaçlı endişeler [yardım tahsis sürecinde] göreceli olarak küçük veya sıfır ağırlığa sahiptir" (McGillivray,

2003, s. 7). Bunun yerine, ikili anlaşmalar çerçevesinde bir diğer ülkeye yardım yapan başlıca ülkeler eski sömürgelerini gözeten bir tahsis tercihinde bulunmaktadır (Mosley, 1981; Congressional Budget Office, 1999; Neumayer, 2003; Mazzotta, 2005; Isopi & Mavrotas, 2006); Japon yardımı tarihsel ve jeopolitik etki alanları dikkate alınarak yapılmaktadır (Khan, 2003; Cooray, Gottschalk and Shahiduzzaman, 2005); ABD yardımı ise jeopolitik faktörler ve ticaret ortakları ile olan bağlantılar ile pozitif yönde ilişkilidir. Yardım sağlayanların bu tercihlerinin bir sonucu olarak, geçen yıllarda yapılan toplam RKY'nin yüzde 25'ten daha azı en yoksul ülkelere gitmiştir (Acción International para la Salud & diğer 19 sivil toplum örgütü, 2005). 2001 ile 2004 arasında RKY'de gerçekleşen toplam artışın yüzde 60'ından daha fazlası borç veren güçlü ülkelerin politik ve ekonomik stratejik çıkarlarının olduğu Afganistan, Demokratik Kongo Cumhuriyeti (DKC) ve Irak'a giderken, bu üç ülke gelişmekte olan ülkelerdeki yoksulların yüzde 3'ünden daha azını kapsamaktadır (World Bank & International Monetary Fund, 2006). Yardım yapan ülkelerin iyi yönetim ve doğru politika retoriğine rağmen, potansiyel yardım alıcısı olan ülkelerdeki yolsuzluk düzeyinin yardımın tahsisinde hemen hemen hiç önemi yok gibi görünmektedir (Isopi & Mavrotas, 2006).

Yardımın etkinliği ve verimliliğini zayıflatan başka etkenler de bulunmaktadır. Yardım sağlayanlar alıcı ülkenin bu yardımı kendisinin ürettiği mal ve hizmetleri satın almak için kullanması koşulu (bağlanmış yardım) ile vererek yapılan yardımın dikkate değer bir kısmını geri alabilirler. Bağlanmış yardımın iyi tasarlanıp etkin bir şekilde yönetildiği takdirde yardımın kalitesini ve verimliliğini mutlaka etkilemeyebileceği yolunda görüşler de ileri sürülmüştür (Sowa & White, 1997). Buna karşılık, OECD koşullara bağlamanın yardımın değerini 2003 yılında 5-7 milyar $ azalttığını ön görürken (OECD, 2004), Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Program – UNDP) bağlanmış yardımın bağlanmamış yardım ile karşılaştırıldığında beyan edilen amaçları karşılamada kabaca yüzde 25 daha az etkin olduğunu göstermiştir (United Nations Development Program, 2003). Yardım yapan ülkelerin bu durumu tersine çevirme yolundaki taahhütlerine rağmen, 2005'te bir ülkeden diğerine gerçekleşen yardımların yüzde 40-45'i bağlanmış yardım olarak oluşturulmuş ve bu uygulama gıda yardımı örneğinde yüzde 40 olmak üzere, mal ve hizmetlerin maliyetlerini tahminen yüzde 15-30 arasında yükseltmiştir (Acción International para la Salud & diğer 19 sivil toplum kuruluşu, 2005).

Yardımların akışı önceden öngörülemeyecek bir şekilde artma ve azalma göstermekte ve bu da yardımı alan ülkelerin tutarlı bir kalkınma planlaması yapmasını güçleştirmektedir. Analizler yardımın etkinliğinin tutarından daha çok istikrarlılığı ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (Lensink & White, 2000; Quartey, 2005). Yardım tutarının değişkenliği sağlık üzerinde zararlı etkilere sahip olabi-

lir.[1] Gelişmekte olan ülkelerin seksen beşinde 1995 ile 2000 arasında çocuk mortalitesi üzerine yapılan ekonometrik bir analiz "bazı ülkelerin beş yaş altı mortalitesini düşürme hızındaki yavaşlığın yardım yapan ülkelerin sağlık için yaptığı fonlamanın hem düşük düzeyde kalmasından hem de bu fonlamanın değişkenliğinden kaynaklandığı" sonucuna varmıştır (World Bank & International Monetary Fund, 2006, s. 61).

Yardımın düzeyinin düşüklüğü etkinliğini de azaltmaktadır. Yardım alan ülkelerin sağlanan büyük finansmanı sindirip yararlı bir şekilde harcamak için gerekli olan kurumsal ve altyapısal kapasiteye sahip olmadığı durumlarda, yardımın özümsenmesi ile ilgili bu problemler nedeni ile yardım tutarının düşük tutulmasının gerekli olduğu savunulmaktadır (de Renzio, 2005). Döngüsel bir fenomene doğrusal bir düşünce biçimini uygulamasından dolayı, özümseme konusu özellikle sağlık alanındaki yardımlarla ilgili olarak sorunlu bir duruma dönüşmüştür. Gelişmekte olan bir ülkedeki sağlık sisteminin dış finansmanı özümseme ve kullanma kapasitesini artırmak için, bu sistemi kuvvetlendirecek yatırımlar yapılması zorunludur (Jamison, Breman, Measham, Alleyne, Claeson, Evans, Jha, Mills & Musgrove, 2006). Bulgular yardımın hem insani gelişmeyi hem altyapı kalkınmasını hedeflediği ve gerektiği gibi önceliklendirildiği ülkelerde özümseme kapasitesinin çok daha yüksek olduğunu göstermektedir (Attaran & Sachs, 2001; Sachs, 2004).

Bazı yardım kuruluşları ve yardım analistleri, koşulsuz finansmanın alıcı ülkenin bütçesine girmesinden sonra bu finansmanın yerel olarak doğrudan vergi indirimini desteklemek, borçlanma maliyetini karşılamak, diğer öncelikli kamu harcamalarını finanse etmek veya rüşvet ve yozlaşmayı beslemek gibi başka mali amaçlar için kullanılabileceğini öne sürerek yardımın kısıtlanması veya kullanımı ile ilgili katı koşullar koyulması gerektiğini iddia etmektedirler. Bu yardım kaçağı, veya "değiştirilebilir olması (fungibility)", gerçek bir problem olsa da kesinlikle kaçınılmaz değildir; yardımın etkinliğinde değiştirilebilir olmasından kaynaklanan bu kaybın boyutu bir alıcı ülkeden diğerine dramatik bir şekilde değişmektedir (Pack & Pack, 1993). Değiştirilebilirlik problemi yardımı azaltmayı veya alıcı ülkelere harcama ile ilgili ağır koşullar koymayı değil, yardım sağlayanların ve alıcıların yardım ile yoksullar veya eşitlikçilik lehine bir kamu harcaması arasındaki ilişkiyi doğrulayabilecekleri ve SSB'ye titizlikle uygulanan ve farklı sektörlerdeki yatırımları sağlık sonuçları ile ilişkilendiren örnekte olduğu gibi daha saydam bir çerçevenin acil olarak uygulanmasını gerektirmektedir (McGil-

[1] Borçların ertelenmesi borcun kısmen veya tamamen silinmesi ya da borç tutarının büyümesinin durdurulması veya yavaşlatılması anlamındadır. Hastalık geniş ölçüde kabul edildiğinde bile, kısmen de borç veren kurumlar epidemiyolojik kanıtlara karşılık vermekte başarısız oldukları için "[HIV/AIDS için] RKY desteği pek yukarıya doğru bir grafik çizmeden ciddi bir dalgalanma gösterdi" (Attaran & Sachs, 2001).

livray, 2003; Amprou, Guillaumont & Guillaumont, 2005; Thiele et al., 2006).

YARDIM ELEŞTİRİLERİNİ YANITLAMAK

Savaş sonrasının ilk dönemlerinde yardım mekanik bir bakış açısı ile sermaye ve kapasitenin önden yüklenmesi olarak görüldü (Lewis, 1955; Rostow, 1960; Chenery & Stout, 1966); uygun girdilerin yoksul ülkeleri hareketlendireceği ve kalkınmada hızlı bir artış sağlayacağı varsayıldı. Fakat pek çok örnekte bu hareketlenme gerçekleşmedi. Bunun ardından ortaya çıkan bir eleştirmen grubu yardımın etkisiz olduğunu ve amaca ters düştüğünü, piyasanın fonksiyonlarını bozduğunu, enflasyonist baskı yarattığını, hükümet ve bürokrasinin verimsizliğini artırdığını, rant peşinde koşanları cesaretlendirdiğini, devlet ile halk arasındaki yönetişim ilişkilerini zayıflattığını ve yatırımdan ziyade tüketimi finanse ettiğini iddia etti (Friedman, 1958; Griffin & Enos, 1970; Voivodas, 1973; Mosley, 1980; Bauer, 1981; Mosley, Hudson & Horrell, 1987, 1991; Boone, 1996; Svensson, 2000; Easterly, 2003; Quartey, 2005; Schneider, 2005; Rajan & Subramanian, 2005, 2006). Bununla birlikte yardımın etkinliği üzerine yapılan bu ilk saldırılar hem eksik, yetersiz veya düşük kaliteli verilerden yola çıkılması nedeni ile analitik açıdan zayıftı hem de yargıları kanıtlara olduğu kadar kamu transferlerini eleştiren politik ideolojilere de dayalıydı. Aynı zamanda, kârın geri dönüşü, sermaye kaçışı ve (aşağı yukarı 1980'den sonra) borç geri ödemesi şeklinde gerçekleşen ve yardımı alan ülkeden veren ülkeye sıklıkla borcun kendisi ile karşılaştırılabilecek veya ondan daha büyük boyutlarda gerçekleşen finansal akışlar çok az dikkate alındı.

1990'ların sonları ile birlikte ve kısmen verinin artmasına da bağlı olarak, yeni analizler RKY ile büyüme arasında daha olumlu bir ilişkiyi ortaya çıkardı (Burnside & Dollar, 2000; Hansen & Tarp, 2000; Hermes & Lensink, 2001; Beynon, 2001; Morrissey, 2001; McGillivray, 2003, 2004). Düzinelerce birbirinden bağımsız ampirik çalışma üzerinde yapılan meta-analiz çalışmaları aleyhte olan politik ortamlarda bile, tutarlı bir biçimde bu olumlu ilişkiyi işaret etmektedir (Casen, 1986; Collier & Dollar, 1999; Hansen & Tarp, 2000; Gounder, 2001; Morrissey, 2002; Harms & Lutz, 2003; Clemens, Radelet & Bhavnani, 2004; Dalgaard, Hansen & Tharp, 2004; McGillivray, 2004; Snowdon, 2005; Addison, Mavrotas & McGillivray, 2005c). Böylece yeni bir tartışma ortaya çıktı. Dünya Bankası'nın araştırmaları yardımın etkinliğinin ülkedeki politik ortama bağlı olduğunu, bir başka deyişle bazı ülkelerin makroekonomik yönetimde başarılı olduğunu ve yardım yolu ile ödüllendirilmesi gerektiğini öne sürerken, bazen üstü kapalı olarak bazen de açıkça bu alandaki performansı kötü olan ülkeler için bunun yapılmaması gerektiğini belirtti (Burnside & Dollar, 2000). Bu araştırma sonuçlarına karşı çıkış çok çabuk geldi. Easterly, Levine ve Roodman'ın (2003) çalışması orijinal araştırmanın zaman dilimin uzatılmasının RKY, politik ortam ve büyüme arasındaki olumlu ilişkinin kaybolmasına neden olduğunu gösterdi. Ayrıca, Dünya Banka-

sı'nın "iyi politik ortam" tanımının ülkelerdeki karmaşık politik koşulları fazla basite indirgediği ve tamamen hükümet kontrolü altındaki veya büyüme ile her zaman aynı şekilde ilişkili olan "politik koşulları" desteklemediği öne sürüldü (Berthélemy & Varoudakis, 1996; Lensink & White, 2000; Mosley, Hudson & Verschoor, 2004). Bir sentez şu sonuca varmaktadır: "Mevcut dağıtımla bile, yardımların yılda yaklaşık 30 milyon insanın sürdürülebilir bir şekilde mutlak yoksulluk seviyesinin üzerine çıkarılmasını sağladığını görmekteyiz. Yoksulluğu gözeten bir dağıtım ile bu sayı yaklaşık 80 milyona yükselebilir" (Collier & Dollar, 1999, s.2). Buna ek olarak, yardım ve büyüme hakkında yapılan bu araştırmaların çoğunun vurgusu, yardımın yaygın hedef ve etki alanları arasında ekonomik olmayanları, en bariz örnek olarak fazlasıyla savunmasız koşullarda yaşayan insanlara doğrudan destek sağlayan projelerin finansmanını, hafife almaktadır.

Özet olarak, yoksulluk pek çok yardım alan ülkede sağlık için tek başına en büyük tehdittir ve bu tehdidin azaltılmasında etkili olabilir. Yardımın tahsis şekli ve dağıtılma biçimi (harcama koşulları dâhil olmak üzere) bu etkinliği ciddi ölçüde tehlikeye atabilir. Afrika Komisyonu (2005, s.58) "Afrika ülkelerine yardım tahsisi sistemi, kabul edilemeyecek bir seviyede gelişigüzel, koordinasyonsuz ve belli bir odaktan yoksun durumdadır" sonucuna varmıştır. Yardımın etkinliğinin artması, hangi kalkınma gereksinimleri için verildiği ile hangi amaçlar için kullanıldığı arasındaki ilişkinin saydam olmasına bağlıdır (Acción International para la Salud & diğer 19 sivil toplum örgütü, 2005). İki ülke arasında gerçekleşen yardımların çoğunu betimleyen politik, ekonomik ve stratejik çıkarların baskınlığı, kaynakların gerçek kalkınma gereksinimlerine tahsis edilmesini engellemekte ve etkinlik tartışmasını baltalamaktadır.

SAĞLIK İÇİN YARDIM

Sağlık yüzyıllar boyunca uluslararası ilişkilerin ve kalkınmanın ana ilgi alanlarından biri oldu. Bununla birlikte, bu ilgi çoğunlukla bulaşıcı hastalıklar ve yaygın hastalıkların ulusal ve uluslararası güvenlik ve ticareti tehdit etmesi üzerinden ifade edildi (Sandler & Arce, 2002). Eski sömürgelere yapılan yatırımın şehirleşme ve endüstrileşmeyi gözeten bir içerikte olması ve 1980'ler ve 1990'larda maliyet etkinliği vurgusu nedeni ile önlemeden çok tedavi etmeye önem verilmesi oldukça biyomedikal bir yaklaşımın daha da yerleşmesine neden oldu (Justice, 1989; Wick & Shaw, 1998). Bu olumsuzluğa rağmen, sağlık için kalkınma yardımı (SKY) göreceli olarak ucuz gelişmeler (doğrudan yoksulların hedeflendiği gelişmeler dâhil olmak üzere) sağlayarak, zayıf politik ortamlarda bile diğer dış finansman yöntemlerinden daha iyi işleyerek ve bu tür gelişmelerin sonucu olan olağanüstü ekonomik yararları sunarak çok etkin bir yardım şekli olabilir (Jamison et al., 2006).

SKY yılda kabaca yüzde 5,4 artarak son otuz beş yılda kararlı bir biçimde bü-

yüdü. Toplam SKY 1990'dan 2004'e 2 milyar $'dan 11-12 milyar $'a yükseldi (Michaud, 2003; Schieber, Fleischer & Gottret, 2006). Buna rağmen toplam SKY, olması gereken tutar ile karşılaştırıldığında düşük kalmaktadır. Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu'na (MSK) göre "ana bulaşıcı hastalıklar, erken çocukluk dönemi ve maternal hastalıklara yönelik temel tedavi ve bakımın sağlanabilmesi" için kişi başı yıllık sağlık yardımı gereksinimi 2007'de 34 $, 2015'te ise 38-40 $'a yükselecektir (Commission on Macroeconomics and Health, 2001). Bu tahmin sadece kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yükü ile baş edebilmek için gerekli olan önlemleri sınırlı ölçüde kapsamaktadır. Sachs'ın (2007) çalışması pek çok SAA ülkesinde sağlık bakanlığının kamu sağlık harcamaları için en iyi koşullarda kişi başı 10$ karşılığı kadar bir tutara sahip olduğunu göstermektedir. GSMH'nın yıllık yüzde 8 büyüdüğü, maliyetlerin artmadığı ve gelir toplama sistemlerinin geliştiği varsayımı ile bile, bu ülkeler böyle temel bir paketi kendi kendilerine finanse etmekten yirmi yıl, halklarının artan gereksinimlerini karşılamaya yetecek bir sağlık sisteminden muhtemelen yarım yüzyıl uzak olacaklardır.

SKY'nin bu gereksinimin acımasız aritmetiği ile uyumlu bir düzeye gelebilmesi için odak noktasının da yeniden belirlenmesi gerekmektedir. 1990'larda sağlık için yapılan yardımdaki artışın büyük bir kısmı sadece üç alanda toplanmaktadır; bağışıklama, HIV/AIDS ve yeni ürün geliştirme (Jamison et al., 2006). BKH'nin sağlıktaki odak noktasına ve finansal tercihlerine bağlı olarak (Jamison et al., 2006), HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtma için 2000 ile 2004 yılları arasında ayrılan ödenekler toplam küresel sağlık yardımının beşte birini oluşturdu (Michaud, 2003). HIV/AIDS için ayrılan yardım (yaklaşık 10 kat artış göstermiştir) dışarıda bırakıldığında, kalan SKY'nin RKY içindeki oranı 1993 ile 2003 arasında aslında yüzde 5,4'ten yüzde 5'e düştü (MacKellar, 2005). Engelliliğe ayarlanmış yaşam yılları (Disability Adjusted Life Years - DALY) ile ölçülen küresel sağlık yükündeki katkı oranına göre, HIV/AIDS, üreme sağlığı ve anne sağlığı için ayrılan uluslararası fonların aşırı olduğu, buna karşılık ruh sağlığı, yaralanma ve beslenme bozuklarına ayrılan fonların ise yetersiz olduğu görülmektedir (MacKellar, 2005). Bulaşıcı olmayan hastalıklar SKY alan ülkelerde 1993 ile 2003 arasındaki toplam hastalık yükünün yüzde 48,9'una karşılık gelirken, doğrudan tahsis edilebilecek SKY müdahelelerinin yüzde sıfırını almıştır (MacKellar, 2005). Doğrudan tahsis edilebilir müdaheleler dâhil edildiği zaman bile, bulaşıcı olmayan hastalıklar toplam SKY'nin yüzde 25'inden daha azını alırken, bulaşıcı hastalıklar için bu oran yüzde 72,9 olmaktadır (MacKellar, 2005).

Artan yardım sağlığa yönlendirilecekse ve sağlıkla ilgili eylemlerin kalkınma sektörlerinin tümünde eylem gerektirdiği kabul edilirse, sağlık yardımlarının daha isabetli olması için kavramsal ve yapısal değişikliklerin gerektiğinin kanıtları mevcuttur. Büyük ölçekli hastalık programlarına yatırım yapmak veya yardımı

sadece geleneksel sağlık sistemleri ve hizmetleri için kullanmak, kendi başlarına son derece önemli olsalar da, ne gelişmekte olan ülkelerdeki sağlığın kötü durumuna ne de farklı gruplar arasındaki sağlık eşitsizliğine yanıt olacaktır. Kaliteli bir sağlık hizmetine ve SSB ile ilgili eylemlere yardım yatırımları alternatif yollar olmayıp gerekli ve tamamlayıcı hareketlerdir.

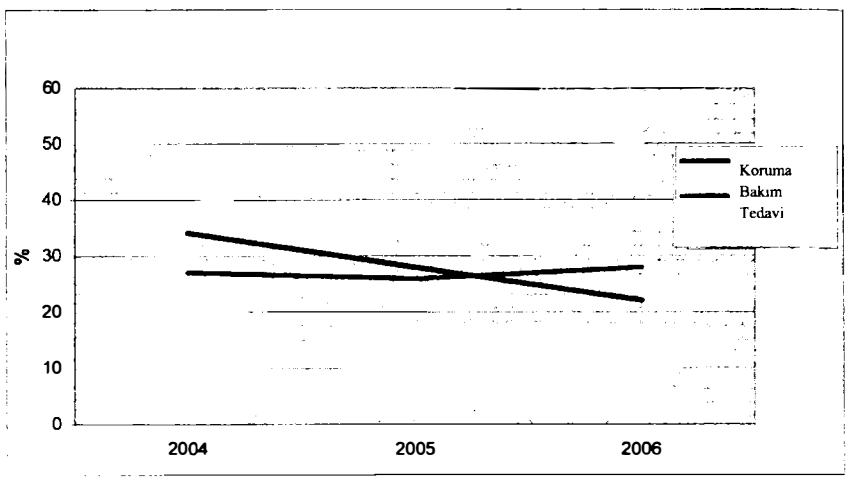
Yardım sağlayanların sağlık sistemlerinin kapasitesi için gereğinden az yatırım yapmaları küresel sağlık girişimlerinin (KSG) artması ile ilişkilendirilebilir. KSG'ler yüksek tutarlı sağlık yardımlarını gelişmeye kanalize edebilirler fakat bu çoğunlukla borçlu ülkenin ana bütçe sürecinin dışında gerçekleşir. Bu durumun bazen iyi açıklamaları olsa da (bkz. Özel Metin 7.1), bu tür bütçe dışı harcamalar ulusal sağlık politikalarını oluşturma sürecini parçalayarak kamu sektörü üzerinde belli hastalıklar için paralel programlara yatırıma neden olan bir çekim gücü yaratırken kapsamlı bir ulusal sağlık sisteminin altyapısına verilen dikkatin azalmasına neden olur. Dünya Bankası sağlık yardımlarının yüzde 50 kadar yüksek bir oranının yerel bütçelemenin dışında kaldığını ve yüzde 30'unun hükümetlerin yaptığı raporlamanın kapsamında olmadığını tahmin etmektedir (Sundberg & Gelb, 2006; World Bank & International Monetary Fund, 2006). Bütçe dışı kalan küresel sağlık programları sağlık sistemlerinin yoksullar lehine güçlendirilmesi amacına yeterince hizmet etmeyen bir politikaya ve "yoksulluğun yapısal boyutlarını" yeterince kavramayan sağlık eylemlerine neden olur (Marcus, Wilkinson & Marshall, 2002; Sobhan, 2005; Independent Evaluation Office, 2006; Wood, 2006).

Problemin bir başka boyutu da sağlık için yapılan yardımın çoğunun ana bütçenin fonlamasına uygun olmamasıdır; yardım alan on dört ülke üzerinde yapılan yeni bir çalışma "eğitim ve sağlık için günümüzde yapılan RKY'nin büyük bir kısmının ana bütçe harcamalarına ayrılamayan" maaş, ikramiye veya tazminat gibi yinelenen maliyetler biçimlerinde olduğunu göstermektedir (World Bank & International Monetary Fund, 2006, s. 60). Bu olgu SKY'nin daha büyük bir bölümünün, Özel Metin 7.1'de tanımlanan IMF taleplerinin yeniden düzenleneceği

[2] Bütünsel bir GBD fonu göreceli olarak seyrek rastlanan bir durumdur (günümüz cari RKY tutarının yaklaşık yüzde 5'i) (Daniels, 2001; Morrissey, 2002; de Renzio, 2005); GBD Stratejik Afrika Ortaklığı'nın 2004-2005 arasında sağladığı RKY'nin yüzde 25'inin biraz üzerindeki bir oranına sahip olsa da belli ülke örnekleri uygulamalarda hatırı sayılır zorluklar olduğunu göstermektedir (Foltz, 1994; Schneider, 2005). Güçlüklerden –ve borç verenler nezdinde bunun karşılığı olan tereddütlerden– biri borç alan ülkelerin kamu harcamaları yönetimindeki (KHY) zayıflıklarla ilgili algıdır (DAC Task Force on Donor Practices, 2001). DAC grubunun doğrudan bütçe desteği (DBD) ile ilgili önerisinde borç verenlerin ürkeklikleri yansıtılmaktadır. "Sosyal politikalara bağlılığın açık olmadığı yerlerde, borç verenler sivil toplum örgütlerini veya projelere yatırım yapmayı tercih edebilmektedir" (DAC Task Force on Donor Practices, 2001). Bir başka deyişle, borç verenler borç alan ülkenin politikalarını veya performanslarını beğenmezlerse, çok takdir edilen uyum ve borç alanların yardımı sahiplenmesi süreçlerini, GBD'yi azaltarak ve proje yardımına geri dönerek, hatta hükümetlerin tamamen etrafından dolanarak tersine çevirebilmektedirler. Bu durum yardım ilişkisinde artan borçlu sahiplenmesi desteğinin altını çizen derin zıt duyguları açığa çıkarmaktadır.

var sayımı ile genel bütçe desteği (GBD)[2] gibi göreceli daha esnek finans enstrümanları aracılığı ile sağlanması gerektiğini göstermektedir. GBD ile artan esnekliğin karşılığında verilmesi gereken ödün ise yardım alan ülkelerin sağlık eşitliği üzerindeki etkilerin ve SSB'ye yatırımların raporlanması da dâhil olmak üzere daha güçlü bir hesap verme yükümlülüğü altına girmeyi kabul etmeleridir.

Yardım sağlayanlar uzun bir süredir hastalıkların yapısal nedenleri (veya SSB'nin) üzerinde eyleme geçmeleri gerektiğinin farkında olmakla birlikte, sağlık yardımı ile ilgili uygulamaları ağırlıklı olarak sektör odaklı veya teknokratik kalmaya devam etmektedir (Sachs, 2004). HIV/AIDS hastalığı enfeksiyon nedenlerinin çoğunun sosyoekonomik kaynaklarını net bir açıklığa kavuştururken sağlık yardımında kalkınma etkenlerini daha kapsamlı cevaplayacak bir paradigma değişimi gereksiniminin de altını çizdi (Economic and Social Commission for Asia and Pacific, 2003). Buna rağmen 2003 tarihli Amerika Birleşik Devletler Başkanlığı AIDS'le Savaş Acil Planı'nın (US President's Emergency Plan for AIDS Relief – PEPFAR) gösterdiği gibi bu değişim hedeflenenin çok uzağındadır. PEPFAR'ın ABC (abstinence, fidelity, condo use – cinsellikten uzak durma, sadakat, kondom kullanımı) yaklaşımını vurgulayan ideolojik yapısı bir yana, yardım dağılımının 2004 ile 2006 arasındaki kırılmayı (Şekil 7.2) önlemeden çok tedavi etmeye odaklı bir yatırım tercihini ve 2004'te üçte bir oranında olan önleyici eylemlere ayrılan fonların iki yıl sonra bir çeyrekten de aşa-



Şekil 7.2 PEPFAR, 2004-2006.
Kaynak: Yazarlar tarafından hazırlanmıştır.

ğıya düşerek azaldığını göstermektedir.

Uluslararası yardım ile ilgili taahhütler alanında muhtemelen savaş sonrasındaki en büyük hareket olan (Sachs, 2004) ve halk sağlığına odaklanan Binyıl

Kalkınma Hedefleri (BKH) de benzer şekilde, yardım sağlayan ülkelerin aşırı etkisi, teknik yanın aşırı vurgulanması, sosyal, siyasal ve ekonomik eşitsizliklerle ilgili eylemlerin ihmal edilmesi ve sadece yardımdaki dalgalanmaya değil aynı zamanda yardımın yaşama geçirilmesine ve dağıtım eşitliğine de yönelik sistematik ve sürekli finansal taahhüdün eksikliği problemlerini içermektedir. Sağlığa özel hedefler bulaşıcı hastalıklara öncelik verilmesini sürekli kılmakta ve hızlı ama köklü olmayan yatırımları ve teknik yaklaşımları teşvik etmektedir (Jamison et al., 2006). BKH eşitlik konusuna da yönelmemektedir. Başarı ölçüsü olarak "toplam sağlık" üzerine konsantre olan bu hedefler sağlık farklılıklarının dikkate alınmadığı bir nüfusta ortalama sonuçlar ile vurgulanmasına neden olmaktadır. BKH içindeki sağlık hedefleri ile ilgili eylemler savunmasız gruplar için, yoksulluk ve beslenme gibi diğer hedefler ile ilgili gelişmelerden etkilendikleri ülkeler dışındaki yerlerde özel bir yarar sağlamamaktadır (Gwatkin, 2005; Spinaci, Currat, Shetty, Crowell & Kehler, 2006). Hedefler tutturulsa bile aşırı savunmasızlık, sosyal dışlanma ve sağlık eşitsizliği değişmeden kalabilmektedir. BKH'nin yan etkenlere odaklanan basite indirgeme yaklaşımı ve yoksulların sağlık durumunu ve sağlık eşitsizliğini belirleyen asıl sosyoekonomik, kültürel, siyasal ve çevresel koşullarla ilgili kayda değmeyen eylemler ortaya koyması göz önünde tutulursa, bu hedeflerin karşılansalar bile sürdürülebilir olup olmadığı konusunda da ciddi bir kuşku bulunmaktadır (Leipziger, Fay, Wodon & Yepes, 2003; Ahmed & Cleeve, 2004; Therkildsen, 2005).

Uluslararası borç veren topluluklar bu problemden habersiz değildir. Paris Yardımların Uyumluluğu Bildirisi (The Paris Declaration on Aid Harmonization, 2005) yardımların küresel olarak daha fazla koordine edilmesi ve borç alan ülkelerin kendi ulusal kalkınma planları ile daha uyumlu ve bu planları daha destekleyici olması ile ilgili acil gereksinim olduğunun altını çizdi. Yardımların borçlu ülkenin kendisinin yönettiği bir yoksullukla mücadele planını desteklemesini ve etkin bir şekilde koordine edilmesini sağlayacak bir küresel mekanizma mevcuttur – Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Bildirileri (YASB). YASB protokolü, 1999 tarihli Ağır Borç Altındaki Yoksul Ülkeler (ABAYÜ) Girişimi'nin tamamlayıcısı olarak Yoksulluğu Azaltma Hibe Olanakları (YAHO) kapsamında başlatılmıştır. Bununla birlikte, yardımlarla ilgisi bağlamında YASB sürecinin güçlü ve zayıf yönlerini anlayabilmek için öncelikle gelişmekte olan ülkelerin borçlarının kaynaklarını ve bu borçların azaltılması ile ilgili uluslararası çabaları incelemek gereklidir.

BORÇ KRİZİ VE BORÇ HAFİFLETME GİRİŞİMLERİNİN TARİHÇESİ

1970'lerde kendini gösteren borç krizinin temel nedenleri gelişmiş ülkeler-

deki ekonomik yavaşlama ve enflasyon ile Vietnam ve Orta Doğu'daki savaşların bileşimiydi. Petrol İhraç Eden Ülkeler Örgütü'nün (Organization of Petrolium Exporting Countries – OPEC) üyesi olan ülkeler 1973'te petrolün fiyatını üçe katladılar; bu dramatik fiyat artışı gelişmiş ülkelerde ve diğer petrol ithal eden ülkelerde ekonomik büyüme hızında ek bir yavaşlamaya ve enflasyonun yükselmesine neden oldu. Petrol fiyatlarındaki artışın yarattığı "Petro-dolarlar" Batı bankalarına yatırılırken, bankalar bu paraları gelişmekte olan ülkelere düşük faiz oranları ile borç olarak verdiler. En yoksul ülkelerin gelişmiş ülkelerin hükümetlerinden (özellikle bu ülkelerin ihracat kredisi kurumlarından) ve IMF ve Dünya Bankası gibi çok uluslu kurumlardan aldıkları resmi kredilerde de artış görüldü. 1979'daki ikinci petrol fiyatı şokunun ardından Birleşik Devletler, Batı Almanya ve İngiltere'de enflasyonla mücadele için mali parasalcılığı (monetarizm) benimseyen muhafazakâr hükümetlerin iktidar olması ile endüstrileşmiş ülkelerde faiz oranlarında dramatik artışlar oldu. Bunu da küresel durgunluk takip etti.

Gelişmekte olan ülkeler için bu durum üçlü bir darbeye dönüştü. Artan petrol fiyatları, bu ülkelerin borçlarını geri ödemelerini daha da zorlaştıran yüksek faiz politikalarını uygulayan yabancı borç kaynaklarından borç almaya devam etmelerini zorunlu kıldı. Bu arada gelişmiş ülkelerin borçlu ülkelerin dış satım ürünlerine olan talebinin düşmesi bu ülkelerin borçlarını geri ödeme kaynaklarının azalmasına neden oldu. SAA bölgesinin günümüzdeki durumu dışında, tüm gelişmekte olan ülkelerde yıllık borç geri ödeme maliyetleri en yoksul ülkelerin aldığı yıllık yardım tutarını dramatik ölçüde ve süratle geride bıraktı. Bu durum bugün de varlığını sürdürmektedir. 1982 yılında Meksika hükümetinin borç geri ödeme yükümlülüklerini yerine getirmeyeceği yolundaki tehdidi dünya finans sistemini krize soktu. Bu noktada, Dünya Bankası ve IMF gelişmekte olan ülkeleri mali olarak desteklemek için likidite krizini rahatlatacak yeni kredilerle devreye girdiler.

Gelişmekte olan ülkelerin hemen borç krizi olarak adlandırılan bu durumdan etkilenme boyutları farklı oldu. Çeşitliliği daha fazla olan ve etkiye daha az maruz kalan Doğu Asya ekonomileri en kötü etkilere dayanabildiler. Özellikle Latin Amerika ve SAA ekonomileri ise en kötü darbeleri aldılar. Latin Amerika'da ticari borçlanma borç profilinde baskın bir paya sahip oldu. SAA bölgesinde ise öne çıkan iki ülke arasında gerçekleşen veya çok uluslu bir nitelik taşıyan borçlanma türleri oldu. Bu bölgelerdeki borç krizi bu nedenle farklı yollar takip etti. Afrika ekonomileri küresel durgunluğun sonucu olarak petrol dışı ürünlerden oluşan ana dış satım ürünlerinin fiyatlarında yaşanan keskin düşüşlerden de etkilenmeleri nedeni ile özellikle daha hassas bir durumdaydılar (United Naitons Conference on Trade and Deveopment, 2004). Ekonominin kötü yönetilmesi ve

bazı durumlarda da hem borç veren hem de borçlu tarafta gerçekleşen açık rüşvet ve yozlaşma durumları bu ülkelerde geri ödenemeyecek borçların birikmesine yol açtı. Borç sıkıntısı içindeki daha zengin Latin Amerika ülkeleri de derin ekonomik krizden etkilenmiş olmakla birlikte, başta orta gelirli ülkelerin ticari borçlarına odaklanan 1989 tarihli Brady planı olmak üzere çeşitli kurtarma planları ve borç erteleme girişimleri ile rahatladılar. Bununla birlikte, çoğu SAA bölgesinde olan daha yoksul bazı ekonomiler eski resmi borçlarını ödemek için daha fazla borçlandılar ve böylece borç bakiyelerini artırdılar. Ağır Borç Altındaki Yoksul Ülkeler (ABAYÜ) olarak tanınan bu ülkelerin (bkz. Tablo 7.1) kişi başı gelirleri yerinde sayarken borçlarında son kırk yılda çok büyük bir artış oldu; 1970'de sıfıra yakın olan borç tutarı 2004'te 200 milyar Amerikan dolarının üzerine çıkmıştı. Bu kırk ülkeden SAA bölgesinde olan otuz beşi ile ilgili sayılar temel ikilemin altını çizmektedir. Bu ülkeler 1970 ile 2002 yılları arasında 294 milyar $ kredi almalarına ve 268 milyar $ geri ödemelerine rağmen, mevcutta 210 milyar $ borç stoğu taşımaktadırlar (United Nations Conference on Trade

Tablo 7.1 Borç Hafifletme Girişimi için Uygun Özellikleri Taşıyan Ağır Borç Altındaki Yoksul Ülkeler

Tamamlama Aşaması[a] (23 Ülke))	Karar Aşaması[b] (10 Ülke)	Ön Karar Aşaması[c] (8 Ülke)
Benin	Afganistan	Eritre
Bolivya	Burundi	Fildişi Sahili
Burkina Faso	Çad	Kırgız Cumhuriyeti
Etyopya	Demokratik Kongo Cumhuriyeti	Komorlar
Gambia	Gine	Nepal
Gana	Gine Bissau	Somali
Guyana	Haiti	Sudan
Honduras	Kongo Cumhuriyeti	Togo
Kamerun	Liberya	
Madagaskar	Orta Afrika Cumhuriyeti	
Malawi		
Mali		
Moritanya		
Mozambik		
Nijer		
Nikaragua		
Ruanda		
São Tome ve Principe		
Senegal		
Sierra Leone		
Tanzanya		
Uganda		
Zambia		

Kaynak: Dünya Bankası verisinden uyarlanmıştır. (World Bank, 2008b).

Notlar: [a]Girişimin süreçlerini tamamlamış ve girişim kapsamında tüm borçlarının silinmesi gereken ülkeler. [b]UKB/IMF programına göre tatmin edici bir performans düzeyine erişen, yoksulluğu azaltmak için stratejik planı (veya bir geçiş dönemi planı) olan ve yabancı kredi kurumlarına olan borçlarını temizlemek için planı olan ülkeler. Bu ülkeler borçları ile ilgili bir ön yardım programı için uygun koşullara sahiptir. [c]Bu ülkeler ABAYÜ girişimi kapsamında borç hafifletme yardımına uygun olmakla birlikte girişime katılmak için uyulması gerekli kriterleri henüz karşılamamaktadır. Detaylı bilgi için bkz. World Bank, 2008a.

and Development, 2004).

Daha yoksul ülkelerin borçları ile ilgili ilk küçük ölçekli bu silme çalışması, bu ülkelerin Dünya Bankası ve IMF gibi çok uluslu kurumlara olan borçlarını değil ikili anlaşmalarla (veya Paris Kulübü kapsamında) verilmiş borçları azaltmaya yönelik Paris Kulübü'nün 1988 tarihli Toronto koşulları ile başlatılmıştır (United Nations Conference on Trade and Development, 2004). İkili anlaşmalarla verilmiş borçların silinmesi ile ilgili koşullar zaman içinde genişletildiyse de toplam borç tutarı artmaya devam etti. Sonunda 1996 yılında, kredi sağlayan kurumlar çok uluslu kurumlardan alınan borçların da silinebileceği daha kapsamlı bir plan önerdiler: ABAYÜ girişimi. Bir ülkenin bu girişimin kapsamında olabilmesi için çok yoksul olması (bir başka deyişle, Dünya Bankası Uluslararası Kalkınma Birliği programından yardım alma koşullarını taşıması) ve borç yükünün borçların sürdürülebilirliği ile ilgili belli eşikleri geçmiş olması gerekiyordu. Bu eşiklerin en önemlisi kamu borcunun ülkenin dış satım gelirine ve devletin gelirlerine oranıydı. Ayrıca ilgili ülkenin bir IMF ekonomik reform programına altı yıl boyunca uyum gösterme performansına sahip olması gerekiyordu.

Dünyanın en yoksul uluslarının ödenemeyen borçlarının yeni milenyumda silinmesi çağrısını yapan ulusötesi bir sivil toplum kampanyası, Jubilee 2000, ABAYÜ sürecini hızlandırdı. Bu kampanyanın sonucunda, 1999'da Köln'de düzenlenen G7 zirvesinde sürece uygunluk kriterleri yeniden düzenlendi. Buna göre, uygunluk eşikleri aşağıya çekilirken ara dönemde borç silinmesi uygulaması başlatıldı ve ülkelerin tüm borçlarının silindiği "tamamlama aşaması" IMF tarafından zorunlu tutulmuş bir altı yıllık reform programının bitirilmesine bağlı olmaktan çıkarılıp, ülkenin ekonomik reformlarının hızına göre ayarlanabilir hale getirildi. Son olarak, borçların silinmesi borçlu ülkelerin bu silme işleminden elde edecekleri gelirleri halklarının yararına nasıl kullanacaklarını gösteren Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Bildirileri'ne (YASB) bağlandı. Bu bildirilerin amacı, borçlanan hükümetin yönetimi altındaki ilgili tüm yerel ve dış kaynakları (yardım ve borçların hafifletilmesi), bütçe tahsisatlarını ve yoksulluğu azaltma programlarını kapsayan bir bütünsel çerçeve plan üretmek üzere ve ilgili ulusal taraflara danışarak organize etmektir. YASB borç alan ülkelerin mali seçimleri ve davranışları üzerinde güçlü bir etkiye sahip hale gelmiştir. Bu bildiriler uluslararası finansman kaynaklarının çoğu için bir tür bekçi görevi görmektedir (World Health Organisation / World Bank, 2003; Independent Evaluation Office, 2006). Yeni bir YASB'ye onay alamamak diğer yardımlara erişimde dramatik bir düşüşe neden olabilir (Marcus et al., 2002). YASB'nin (ve YAHO'nun) makroekonomik istikrarı ve kısıtlamaları öne çıkarması nedeni ile, örneğin eğitim ve sağlık sisteminin güçlendirilmesi için gerekli olan türden kamu harcamalarının artışına engel olmaları olasıdır (bkz. Özel Metin 7.1).

2005'te ABAYÜ girişimi İskoçya'nın Gleneagles kentinde düzenlenen G7 zirvesinde duyurulan Çok Taraflı Borç Hafifletme Girişimi'ne (ÇTBHG) dönüştürüldü. Ana kredi kurumları bu girişim ile ABAYÜ kapsamındaki ülkelerin çok taraflı üç kuruma (IMF, Africa Kalkınma Fonu (AfKF) ve Uluslararası Kalkınma Birliği (UKB)) olan borçlarının, bu kurumlardan son ikisinin borç verenlerden telafi fonları alması koşulu ile yüzde yüz silinmesine olanak sağladı. Bu olanak daha sonra, farklı koşullara bağlı olmakla birlikte, Inter-Amerikan Kalkınma Bankası tarafından da kabul edildi (United Nations Conference on Trade and Development, 2004; International Development Association and International

Kutu 7.1 OVHY (Orta Vadeli Harcama Yapıları), sağlık ve eğitim için kamu yatırımları.

Pek çok orta gelirli ülkenin borçlarının ana parasını kapamaları, IMF'den borçlanmayı durdurma niyetlerini bildirmeleri ve kısa vadeli makroekonomik istikrarsızlıklarını IMF'nin zorunlu politikalarına katlanmak zorunda kalmadan finanse etmelerini sağlayacak yerel fonları kendi yabancı para rezervlerini kullanarak geliştirmeye başlamaları nedeni ile IMF, gelişmekte olan ülkeler için borçlanma gereksinimlerinde son sığınak rolünü yitirmeye başladı. Bununla birlikte, bu tür transferlere hak kazanabilmeleri için IMF'nin makroekonomik stratejilerini kabul etmesi şart olduğundan, yardıma veya borçların hafifletilmesine bağımlılığı olan ülkeler üzerinde IMF önemli bir politika kontrolüne sahip olmayı sürdürmektedir. IMF onayı "yabancı yatırımcılar tarafından değerli bir onay mührü olarak da görülmektedir" (Ooms, Van Damme, Baker, Zeitz & Schrecker, 2008, p.3).

IMF politikalarının temel unsurlarından biri, kredi kurumlarından kısa vadeli borçlanmanın mümkün olduğu durumlarda bile, GSMH'dan kamu maaş ödemeleri için ayrılan yüzde için üst sınır koyulmasıdır. Bu sınırın gerekçeleri olarak gelecekteki yeni borçlanma gereksinimlerinden kaçınmak (yardım akışının kesilmesi durumunda), enflasyon riskini azaltmak ve ulusal paranın ülkenin dış satımdaki rekabet gücünü düşürebilecek ölçüde değer kazanmasını önlemek olarak gösterilmektedir. Bir IMF kuruluşu olan Bağımsız Değerlendirme Dairesi'nin (Indipendent Evaluation Office) 2007 tarihli raporunda, harcamaların sınırlandırılmasını eleştiren sivil toplum gözlemcilerinin eleştirileri doğrulanmış ve Sahra Altı'ndaki yirmi dokuz ülkede kalkınma yardımı olarak sağlanan ek her bir doların sadece yirmi yedi sentinin yeni programlar için bütçelendiği ve kalanının ulusal borçların ödenmesi ve yabancı para rezervlerinin çoğaltılması için kullanıldığı saptanmıştır (Independent Evaluation Office, 2007; ayrıca bkz. Working Group on IMF Program and Health Spending, 2007). Çok

belirgin olumsuz sonuçlarına ek olarak, bu uygulama ilgili fonların genel hükümet bütçesinin parçası sayılmaması nedeni ile küresel sağlık girişimlerinden "dikey" borçlanmayı cesaretlendirmektedir (Ooms et al., 2008). Bu durum, hükümetlerin daha uyumlu kamu sağlık sistemleri geliştirme yetkinliklerini zayıflatmakta, kamu sistemlerinden daha kısa süreli finanse edilen dikey programlara iç beyin göçünü yaratmakta, örgütsel ve raporlama gereksinimlerinde verimsizliklere neden olmaktadır. Daha kötüsü, kredi kurumlarının yardım fonlarının asıl amaçlarının dışında kullanılması ile ilgili farkındalıkları arttıkça, yardım finansmanını artırmakta daha az istekli olmalarıdır (Ooms et al., 2008)

Monetary Fund, 2006).

ABAYÜ GİRİŞİMİ BORÇLARIN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİNİ SAĞLADI MI?

ABAYÜ girişimi borç veren kurumların borçların sürdürülebilirliğinin (ülkelerin yeterli düzeyde bir borç geri ödemesini sürdürebilme yeteneği) önemi ve borç alan ülkelerin yerel gereksinimlerinin göz ardı edilemeyeceği konusundaki kabullerinin göstergesi oldu (Martin, 2004). Bununla birlikte, girişim borç sağlayan kurumların dikte ettiği son derece yavaş bir hızda ilerledi (Mandel, 2006). Borçların sürdürülebilirliğinin göstergesi olarak seçilenler de (borç stoğunun ihracat gelirlerinin yüzde 150'si veya altında olması ve borç stoğunun devlet gelirlerinin yüzde 250'si veya altında olması) girişimin başlatıldığı 1996 yılından beri bir tartışma konusu oldu. Martin'in (2004, s. 7) belirttiği gibi:

> ABAYÜ kapsamındaki borç hafifletme tutarları (Fon ve Banka görevlilerinin resmi beyanlarına göre) ön analizlere dayandırılan yeterlilik eşiklerine göre belirlendi... ve daha sonra stratejik G7 müttefiklerini kapsama gereksinimi ile maliyetleri düşük tutma isteğini dengeleyecek şekilde G7 ülkelerinin kendi aralarındaki politik ödünlere göre değiştirildi.

Dünya Bankası Bağımsız Değerlendirme Grubu'nun ABAYÜ değerlendirmesi (Independent Evaluation Group, 2006) tamamlama aşamasını geçmiş on üç ülkenin borç-dış satım rasyosunun ortalama NGD'nin (net güncel değer) yüzde 310'dan yüzde 142'ye düştüğünü, bir başka deyişle yüzde 150 olan hedefin altında kaldığını göstermektedir. Benzer şekilde, gelir kriterine göre girişim kapsamına girmeyi başaran beş ülkede borç-gelir rasyosu karar aşaması ile tamamlama aşaması arasında, hedef değerin de oldukça altında olmak üzere yarısından daha azına, yüzde 445'ten yüzde 181'e düştü (Independent Evaluation Group, s.18). Bu iki ana göstergedeki iyileşmeler tek başına borç silinmesine değil, kıs-

men de ABAYÜ'deki dış satım gelirlerinin artışına ve gelir serbestliğine (Independent Evaluation Group, 2006) ve bu ülkelere sağlanan kredilerin koşullarındaki iyileştirmelere (United Nations Conference on Trade and Health, 2006) bağlanabilir. ÇTBHG'nin girişim için uygun koşulları taşıyan ülkelerin borçlarının yüzde 80-90'ının silinmesini ve böylece bu ülkelerin borç-dış satım rasyosunun NGD'nin yüzde 50 ile 60 arasına düşmesini sağlayarak önemli kazanımlar elde edilmesini sağladığı tahmin edilmektedir. Fakat ÇTBHG'nin koşulları nedeni ile, borç alan ülkelerin Uluslararası Kalkınma Birliği (UKB) ve AfKF'den aldıkları katkılar bu kurumların sağladığı yıllık borç silme tutarları kadar azalacaktır. Başarılı bir performans ortaya koymaları durumunda bu paranın bir kısmını almaları mümkün olsa da, ÇTBHG ABAYÜ'ye ilave yeni kaynaklar sağlamayabilir. Ayrıca, ABAYÜ'nün mutlak değer olarak borç yükleri 1995 ile 2002 arasında düşmüş olmakla birlikte, 2002'den itibaren tekrar yükselişe geçmiştir. Dünya Bankası Bağımsız Değerlendirme Grubu'nun belirttiği gibi (Independent Evaluation Group, 2006) tamamlama aşamasını geçmiş on üç ülkenin on birinde borç sürdürülebilirlik göstergelerinin temel olarak yeni borçlanmalar nedeni ile kötüleşmekte olması endişe vericidir. Bu nedenle bu girişimin ABAYÜ'ye borç probleminden çıkış için ne ölçüde yardımcı olduğu tartışmaya açıktır ve bu tartışma, Birleşik Krallık hükümetinin yeni borç problemlerinin oluşmakta olabileceği uyarısını yapmasına neden olan Çin'in Afrika hükümetleri için birdenbire sağladığı krediler nedeni ile daha da şiddetlenmektedir (McGreal, 2007).

ABAYÜ girişiminin amacı geniş kapsamlı bir borç azaltma olanağı sağlamak olsa da, Paris Kulübü'nün resmi ana grubunun dışında kalan bazı ticari ve ülkeler arası kredi sağlayan kurumlar kendilerini bu girişim ile sınırlanmış hissetmediler (Independent Evaluation Group, 2006). Bu durum bazı ABAYÜ'nün sürdürebilirlik sorunları yaşamasına neden olmakta ve bazı borç sağlayıcı ülkelerin diğerlerinin sağladığı borç silme girişimlerinden yararlanmaları sonucunu doğurmaktadır. ABAYÜ'nün, bazıları gittikçe artan bir şekilde hukuksal dava peşinde olan ticari kredi kuruluşlarına olan borçları yaklaşık 2 milyar Amerikan Doları-dır (International Development Association & International Monetary Fund, 2006). "Akbaba Fonları" olarak adlandırılan yoksul ülkelerin borçlarını defter değerinden oldukça aşağıda bir değerde satın alan ve daha sonra borcun tüm yasal defter değeri için mahkemelerde dava açan özel yatırımcıların faaliyetleri – 2007'de basında yer buldu. Siyasi yelpazenin farklı alanlarında yer alan politikacılar bu akbaba fonlarının eylemlerini kınasalar da tüm işlemler yasalara mükemmel bir şekilde uygun olduğundan yapabilecekleri çok kısıtlıdır.

Pekçok ABAYÜ ayrıca, sadece yabancı borçları dikkate alan sürdürebilirlik ölçümünün göz ardı ettiği yerel borç gerçeğinden de sıkıntı çekmektedir. Bununla birlikte, Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı'nın (United Na-

tions Conference on Trade and Development, 2004, s.40) belirttiği gibi "ekonomik aktörler özel tasarruf boşluğunu, mali boşluğu ve/veya yabancı para boşluğunu doldurmak için borçlandığından" yerel ve yabancı borçlar arasında bir bağlantı vardır. ABAYÜ'nün uluslararası sermaye piyasalarına girememesi yerel finansmana bel bağlamalarını artırmaktadır. Sonuç olarak, yerel borçların faiz ödemeleri devlet kaynaklarının gittikçe daha büyük bir kısmını yutmaktadır.

BORÇLARIN HAFİFLETİLMESİ SSB İÇİN YARARLI KAYNAKLARI SAĞLADI MI?

SSB geniş kapsamlı olmakla birlikte bugüne kadar yapılan araştırmalar sadece borçların hafifletilmesinin yoksulluğu azaltmak veya sağlık ve eğitim için yapılan harcamalar için gerekli olan parayı serbest bırakıp bırakmadığını saptamaya odaklanmıştır. YASB'nin devreye alınmasından sonra karar aşamasındaki yirmi sekiz ABAYÜ'de yoksulluğu azaltmakla bağlantılı kamu harcamaları GSMH'nın yüzde 6,4'ünden yüzde 8,1'ine yükselmekle birlikte, bu harcamaların çoğu eğitime yönlendirildi (Independent Evaluation Group, 2006). Borçların hafifletilmesinin toplam sosyal harcamaları artırabileceği yönünde kanıtlar bulunmasına rağmen (Thomas, 2006; United Nations Conference on Trade and Development, 2006), SSB ile ilgili yoksullar lehine kamu harcamaları planının temel parçaları olan sağlığın, tarım ve ulaşım gibi altyapıların finansmanı için ayrılan tutar sabit kaldı veya düştü (Independent Evaluation Group, 2006). Bununla birlikte, yardımın artması gibi etkenler yoksulluğu azaltmak için yapılan harcamalarda gözlenen artışın nedeni olabilir ve sağlık ve (eğitim dışındaki diğer) SSB için yapılan harcamalardaki net artış en iyi yorumla birlikte ancak orta karar bir düzeyi işaret etmektedir. Borçların hafifletilmesi ile oluşan yeni fonların büyük olmaması nedeni ile bu beklenen bir sonuçtur. Dünya Bankası ve IMF (International Development Association and International Monetary Fund, 2006) karar aşamasındaki yirmi dokuz ülkenin borç geri ödeme tutarlarının 1999-2005 döneminde yaklaşık yüzde 2 azaldığını ve bunun da yoksullukla mücadele için yeni kaynaklar sağladığını öne sürmektedir. Bununla birlikte, borçlardaki azalmanın BKH'yi yakalamak için gerekli kaynağı sağlayacak düzeyin çok uzağında olduğu açık bir gerçektir (Thomas, 2006).

Önemli olan, borçların hafifletilmesinin yararının ancak bu yol ile gelen kaynağın yerel ve yabancı kaynaklarca zaten yaratılmış olanlara gerçekten ek olması durumunda görüleceğidir. Borçların hafifletilmesinin yardıma ne boyutta ek kaynak yarattığı hakkında tartışmalar olmakla birlikte bu konu üzerinde yapılan çalışmalar yetersizdir. Borç ve yardım arasındaki ilişki üzerine yapılan ve tarihsel verileri kullanan araştırmalar geçmişteki borç hafifletme işlemlerinin yardıma ek bir kaynak yaratmadığını öne sürmektedir (Bird & Milne, 2003; Arslanalp

& Henry, 2006). Buna rağmen, ek kaynak yaratma ile ilgili daha yakın tarihli değerlendirmeler daha iyimserdir. BDG (Independent Evaluation Group, 2006) ABAYÜ'e yapılan net yıllık transferlerin girişimin devreye alınması sürecinde 2000 yılında 7,3 milyar dolar iken 2004'te önemli bir artışla 15,8 milyar dolara yükseldiğini belirtmektedir. Aynı grup bu artışın 4 milyar dolarlık kısmının borçların silinmesinden kaynaklandığını ve aynı dönemdeki ve borç silinmesinden bağımsız transferlerdeki yıllık yüzde 11'lik artışın borç verenlerin "borç silme ile ilgili olmayan transferlerde kesinti yapmadığını ve borç silinmesinin toplama ek kaynak yarattığını" öne sürmektedir (Independent Evaluation Group, 2006, s.11). Bununla birlikte bu ek kaynak yaratılması durumunun sürüp sürmeyeceği ve tüm gelişmekte olan ülkeler arasında ABAYÜ'nün yardım dağıtımlarını hangi boyuta kadar kendilerine çekebileceği hakkında pek çok soru bulunmaktadır.

Örneğin, Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı (United Nations Conference on Trade and Development, 2006) RKY'nin 2004'teki değerine göre beklenmedik bir şekilde yüzde 31,4 artarak 2005'te 106,5 milyar dolara ulaşmasına rağmen, bu artışın temel olarak Nijerya ve Irak'a sağlanan yüksek tutarlı borç silme olanağının sonucu olduğunu öne sürmektedir. Borç veren kurumların bir yöntemi diğeri aleyhine finanse etmelerine olanak sağlayan borç silme genellikle yardım katkısı olarak görüldüğü için (Addison, Mavrotas & McGillivray, 2005b; Arslanalp & Henry, 2006), gerçekten yeni olan RKY tutarının düşmesi olasıdır. Bunun ABAYÜ üzerindeki etkisi net olmamakla birlikte, 2005'te G8 zirvesinde Afrika'ya söz verilen 40 milyar doların üzerindeki yeni yardım tutarı Temmuz 2008'de henüz sağlanmamış durumdaydı (Africa Progress Panel, 2008). Daha kötüsü, ABAYÜ'ye sağlanan yardımın girişimin tüm ömrü üzerinden – 1999'dan değil 1996'dan 2000'e kadar – değerlendirildiğinde ek bir kaynak yaratmadığı görülmektedir.

Toplamda ek bir kaynak olarak görülmesi olası olsa bile, yardımın çok uluslu kalkınma kurumlarının yeniden finansmanı için kullanıldığı yerlerde bu yargıya varmak mümkün değildir. Martin'in hesaplamalarına göre 3,5 milyar dolar üzerinde bir OECD yardımı ABAYÜ Güven Fonu'na söz verildi veya ABAYÜ'nün çok uluslu kurumlara olan borçlarını silmek için kullanıldı. IMF'nin ABAYÜ fonundaki 1,5 milyar dolara ek katkılar da sağlandı ve Inter-Amerikan Kalkınma Bankası yeni fonlar elde etti (Martin, 2004). Bu eğilim üç katılımcı kurumdan ikisinin yapacakları her borç silme işlemi için iade aldıkları ÇTBHG'de de görülmektedir. Son olarak, ABAYÜ kapsamında olmayan ülkelere yapılan yardımın ABAYÜ?ye yapılan yardımlarla aynı hızda artıp artmadığı da belli değildir. Killick'in (2004, s.7) gözlemleri girişimin başlatılmasından itibaren kaynakların ABAYÜ kapsamında olmayan ülkelerden uzaklaşmaya başladığını göstermektedir ve vardığı sonuca göre "ABAYÜ girişimi dışındaki yok-

sul ülkelerin ABAYÜ'de yaşayanları sübvanse ettiği duygusu gerçektir". Yardımın ABAYÜ ile bu kapsamda olmayan çok yoksul ülkeler arasındaki paylaşımı yakından takip edilmelidir; bir ülke grubunun diğer bir grubun kaybı pahasına kazançlı olması küresel sağlık eşitliği değerleri ile bağdaşmamaktadır.

Ek bir kaynağın sağlanıp sağlanmadığı tartışmalarına paralel olarak yorumcular önemli bir temel konuyu da incelemektedirler; yoksul ülkelerin gereksinimini karşılamakta hangisi daha iyidir? Borçların hafifletilmesi mi yoksa yardım mı? Martin (2004) borç hafifletmenin yardımdan daha yararlı olduğunu öne sürmektedir çünkü borç silme:

1. Yardıma göre daha istikrarlı, daha öngörülebilir ve daha fazla konjonktür karşıtıdır.
2. YASB çerçevesine bağlı olmasından dolayı, gelişmekte olan ülkenin sahiplenmesini artırmaktadır.
3. İşlem maliyetleri daha düşüktür.
4. Özel sermaye akışını, yardım akışını, tasarrufu ve yatırımı teşvik etmektedir (buna karşılık diğer akışlar için benzer dinamik etkilere sahip olduğunu gösteren kanıt azdır).
5. Yoksulluk karşıtı harcamaları desteklemektedir.
6. Gelişmiş bir mali yönetim yaratarak aynı zamanda yoksul ülkelere yapılan yardımın daha iyi koordine edilmesini ve daha uzun vadeli olmasını sağlamıştır.

Bu savları sorgulayan Bird ve Milne (2004) egemenlik ve politika özerkliğinin geri gelebilmesi için tasarlanandan çok daha büyük ölçekli bir borç hafifletme çalışması gerektiğini iddia etmektedir. Ayrıca program yardımının daha hızlı bir ödeme aracı olduğunu çünkü borçları hafifletmenin ülkeler için daha uzun vadede (bir başka deyişle, borçlarını geri ödeyebilecekleri bir süre sonunda) kullanılabilir olduğunu ve borç hafifletmenin gerçekleşmesinin çok sık ertelendiğini de öne sürmektedirler. Ek olarak, Martin'in de işaret ettiği gibi, yüzde yüzlük bir borç silme işlemi "sadece on ABAYÜ'deki yardım tutarını aşabilir ve dış satımın ortalama yüzde 10'una karşılık gelebilir. Bu nedenle yardımdaki her yüzde bir birimlik artıştan ve özellikle pazarlara erişimin artırılmasından gelecek kazanç ek borç silme işlemlerinden elde edilecek olandan daha büyüktür" (Rabnis & Stewart, 2001; Martin, 2004, s.37).

SONUÇ

En yoksul ülkeler için ABAYÜ/ÇTBHG kapsamında gerçekleşen borç silme işlemleri SSB'yi ve 2000 yılındaki Birleşmiş Milletler Binyıl Zirvesinde ilan edi-

len iddialı hedefleri adres gösteren alçak gönüllü yeni kaynakları kullanıma açtı. Uluslararası hedeflerin karşılanabilmesi için bu en yoksul durumdaki ülkelere sağlam yeni kaynakların sağlanması gerekecektir. Düşük gelirli ülkelerin yatırımlar için süregelen sermaye yaratma gereksinimleri göz önüne alındığında, bu ülkelerin yeni uluslararası kredi talepleri için kaçınılmaz nedenleri olacağı açıktır. Borç yükünün daha da büyümesini önlemek için gösterilen çabaların uzun vadede önemli ölçüde artırılmasına gereksinim duyulacaktır. Bu gereksinim sadece ABAYÜ girişimi kapsamında uygulamaya alınan dar ekonomik sürdürülebilirlik göstergelerine odaklanarak karşılanamaz. Bunun yerine uluslararası toplulukların "borç sorumluluğu" kavramını teşvik etmeye odaklanması gerekmektedir (Hurley, 2007, s.17). Borç sorumluluğuna erişebilmek için beş önlem gerekmektedir.

1. ABAYÜ girişimi tarafından kullanılan bazı temel sürdürülebilirlik göstergelerinin yeniden düzenlenmesi önemlidir. Borçların dış satım gelirlerine göre NGD oranının işe yararlılığı bir süredir sorgulanmaktadır. Borcun yoksulluğu azaltma harcamalarını ne ölçüde kısıtladığını ölçmek için devlet gelirindeki oran olarak borç-hizmet ödemelerini kullanmak daha yararlı bir yöntem olabilir (Martin, 2004).
2. Düşük gelirli ülkelerin yüksek düzeyde borçlanma gereksinimlerinin oluşmasına neden olan savunmasızlıklarının eksiksiz bir değerlendirmesinin yapılması ve bu çalışmanın daha önce dile getirilen gelir/dış satım kriterlerinin ötesine geçmesi gereklidir. Borçların sürdürülebilirliğinin değerlendirmesi yapılırken, ülkenin temel mallarındaki fiyat dalgalanması, dış satım ürünlerinin çeşitlilik düzeyi, HIV/AIDS yükü, doğal felaketlerin sıklığı ve diğer yapısal etkenlere de odaklanılması gerektiği konusunda görüşler öne sürülmektedir (Martin, 2004; United Nations Conference on Trade and Development, 2004).
3. Kredi anlaşmaları sürecinde daha fazla saydamlığa gereksinim vardır. Borç veren ve alan resmi kurumların parlamento incelemesine tabi tutulmaları şarttır (Hurley, 2007). Gereksinim olduğu halde borç hafifletme olanağı sağlamayan ticari kredi kurumları afişe edilebilir. Ticari kredi kurumlarının açtığı davalar ile karşı karşıya olan ülkelerin acil yardıma gereksinimi bulunmaktadır. Martin (2004) bu konumdaki ABAYÜ'ler için yasal yardım olanağı sunulmasını önermektedir.
4. ABAYÜ sürecindeki gecikmeler ve kredi verenlerin süreç üzerindeki kontrolleri borç silme işlemlerinde, borç verenlerin ve borçluların talepleri arasında bağımsız bir uzlaşma ve arabuluculuk sağlayacak uluslararası finansal yapı reformlarını da içeren daha dengeli bir yaklaşım gösterilmesi taleplerine güç verdi (United Nations Conference on Trade and

Development, 2006).

5. Kimi yorumcular tarafından ve birtakım raporlarda borç silmenin ülkelerin BYKH'sini karşılayabilmesi için gerekli olan kaynaklara dayandırılması talebinde bulunuldu. Kanada'nın Kananaskis bölgesinde 2002'de yapılan G8 zirvesinde bile "yoksullukla mücadeleyi, iyi bir yönetimi ve ekonomik reformu taahhüt eden hiçbir ülke Binyıl Hedeflerini tutturma fırsatından finansman eksikliği nedeni ile yoksun bırakılmayacaktır" kararı alındı (Mandel, 2006, s.11). Tüm bunlara rağmen, tek başına tüm borçların silinmesi bazı yoksul ülkelerin uluslararası düzeyde kabul görmüş hedeflere ulaşmasına yetmeyecektir çünkü bu ülkeler hâlâ daha yüksek düzeyde yardım talep etmeye devam edeceklerdir ve daha önce de belirtildiği gibi tek başına bu hedefler SSB'yi yeterince kapsamayacak ve bu da bu hedeflerin sürdürülebilirliği hakkında kuşkular doğuracaktır. Kimileri bu tür bir borç silme olasılığından telaşa düşmekte ve bunun ülkelerin gelecekte daha da fazla borçlanmalarını cesaretlendireceği için ahlaki bir risk yaratacağını öne sürmektedirler. Diğer taraftan, BM Ticaret ve Kalkınma Konferansı "kredi verenlerin perspektiflerine ve çıkarlarına dayanan bir kalıcı yeniden yapılanmanın ve kısmi borç affının neden olduğu ahlaksal riskten daha büyük bir risk olmadığına" dikkat çekmektedir (United Nations Conference on Trade and Development, 2004, s.71).
6. Son olarak, ABAYÜ/ÇTBHG girişimleri sadece Dünya Bankası Uluslararası Kalkınma Birliği programının imtiyazlı finansman olanağından veya IMF'nin Yoksullukla Mücadele ve Büyüme Programının olanaklarından yararlanan ülkeler ile ilgilenmektedir. Bu tür fonlar sadece belli bir gelir seviyesinin altına düşen ve gelişmekte olan en yoksul ülkelere açıktır. Dünyadaki yoksulların çoğunluğu ABAYÜ girişimine uygun olan ülkelerde yaşamamaktadır. Küresel sağlık eşitliğinde anlamlı ve sürdürülebilir gelişmeler elde etmek için, borç hafifletme kolaylığının borç sıkıntısı içindeki gelişmekte olan ülkelerin daha fazlasına sunulması gerekmektedir.

Nitekim Mandel (2006), borcun sürdürülebilirliği kavramının daha radikal bir yorumunu önermektedir. Mandel, çalışmasına yoksulluğu mutlak yoksulluktan ayıran ve uluslararasında kabul görmüş günde 1 Amerikan Doları olan yoksulluk sınırı değerinin rastgele belirlenmiş bir değer olduğunu öne süren Peter Edward'ın (2006) çalışması ile başlamaktadır. Buna göre günde 3 Amerikan Doları daha iyi bir hedef olacaktır; bu düzeydeki bir tüketim değeri (kabaca yıllık kişi başı GSMG'i yaklaşık 5,000 Amerikan Doları olan bir ülkede gelir yelpazesinin alt ucunda bulunması beklenen değer) ortalamada 70 ile 74 yıl arasında bir beklenen yaşam süresine karşılık gelmektedir. Bu değerin yoksulluk sınırı için

daha iyi veya daha "ahlaki" bir değer olacağını iddia eden Mandel bu yoksulluk sınırının gelişmekte olan ülkelere sağlanması gereken borç silme tutarını hesaplamak için kullanılabileceğini öne sürmektedir. Mandel'in çalışması yoksulluğun azaltılması ve BKH'nin karşılanabilmesi için, gelişmekte olan 136 ülkenin verisine bakıldığında, gelişmekte olan ülkelerin henüz ödenmemiş durumdaki tüm borçlarının yüzde 31 ile yüzde 43'ünün (ki bu değer doksan üç ile yüz yedi ülkeye karşılık gelmektedir) silinmesi gerektiğini iddia etmektedir.

Eldeki kanıtlar ve geçmiş deneyimler benzer şekilde uluslararası yardımın yapısının yardımın önemli olduğunun kabul edilmesi ile başlayacak bir sıra temel reforma gereksinim duyulduğunu ve yardımların ekonomik gelişmeyi teşvik etmek, yoksulluğu azaltmak ve sağlığın geliştirilmesinde etkili olduğunu göstermektedir. Günümüzde yardım bunu üzerinde uzlaşılmış ve kabul edilebilir bir devamlılık ve güvenilirlik düzeyinde gerçekleştirmemektedir. Yardımların hem genel anlamda hem de sağlık ve sağlıkta eşitlik üzerinde olumlu etki yaratma kapasitesini güçlendirmek için bir takım değişiklikler yapılabilir.

1. Yardım ve SKY tutarları yetersizdir. Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu'nun (2001) başarısı yardım tutarları ile ilgili küresel düşünceyi milyonlar düzeyinden milyarlar düzeyine taşımak olmuştu. Şimdi toplam yardım tutarını artıracak yeni bir adımın atılması gerekmektedir.
2. Yardım dağıtımı yardım verenlerin uygun gördüğü makroekonomik koşullara ve devlet yönetimine aşırı derecede odaklanan politika seçiciliğine şu anda olduğu gibi sıkı bir şekle bağlı olmamalıdır. Seçicilik, eğer uygulanacaksa, sadece gerçekten eşitlik yanlısı politika tercihlerini gösteren ülkeler yönünde kullanılmalıdır. Bu uygulama hem sağlık sonuçları ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin geniş bir seti hem de sağlık sisteminin güçlendirilmesine yönelik finansman ile ilgili eşitlik göstergelerini içeren yoksul yanlısı kamu harcamalarının saydam bir şekilde takibini de içermelidir.
3. SSB ile ilgili eylemlerin takip ve planlama aracı olarak YASB'den yararlanarak, genel bütçe desteği gibi esnek araçlar aracılığı ile sağlanan yardımların toplam içindeki oranı artırılmalıdır. Bu durumda IMF'nin zorladığı veya önerdiği kamu harcamaları üst sınırında zorunlu ve doğal önemli bir değişiklik gerekecektir; aynı zamanda YASB sürecinin sağlık eşitliği ve SSB'ndeki gelişmelere karşı daha hesap sorulabilir olmasını sağlayacak reformların da önü açılacaktır (bkz. Özel Metin 7.2).
4. Yardım dağıtımı sisteminin radikal bir şekilde yeniden düzenlenmesine gerekmektedir. Günümüzdeki ağırlığı gittikçe artan küçük parçalara bölünmüş ve ikili, çok kurumlu ve özel fonlama yöntemleri gibi farklı yol-

larla yardım yapmayı tersine çevirerek, uzlaşılmış gereksinimlere ve kalkınma hedeflerine, borç verenlerin sağladığı girdilerin ve borç alanların aldıkları tutarların uzun yıllar boyunca istikrarlı olmasına göre seçilmiş ve dağıtılmış ve çok taraflı olarak işletilen ve üzerinde uzlaşılmış küresel bir fon havuzu sisteminin kurulması gerekmektedir.

Belki de daha temel bir fark olarak, yardım algımızın değişmesi gerekmektedir. Yardım hâlâ geçici bir destek, bugün sahip oldukları refahı kısmen günümüzdeki yardım bağımlısı ülkelerin çoğunu sömürüp güçsüz duruma düşürerek elde eden zengin ülkelerin bir çeşit soylu lütfu olarak görülmektedir. Bu yardım bağımlılığını eleştirenlerin sayısı hem politik yozlaşmaya temkinli yaklaşan veya serbest piyasanın "yükselteç" büyüme ideallerine adanmış ülkelerde hem de yardım koşullarının sömürgeciliğin yeni bir türü olarak görüldüğü borçlu ülkelerde artmaktadır (Ooms & Hammonds, 2008). Yozlaşma sorunları, yardımın amacı dışında kullanılması ve sömürge koşulları savaşılması gereken gerçeklerdir; fakat günümüzdeki yardım bağımlısı ülkelerin doğru bir makroekonomik çerçeve ve daha adil ticaret kuralları ile ahlâki açıdan savunulabilir bir süre içinde mali bağımsızlığa kavuşacağı bir yanılgıdır. Bu durumda pragmatik gerçek, küresel piyasa entegrasyonunun son otuz yılından en çok yarar sağlayanların sağlıktaki eşitliği küresel bir ölçekte geliştirme sorumluluklarını kabul etmeleri durumun-

Kutu 7.2 Sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı aracılığı ile YASB'nin güçlendirilmesi

Yoksulluğu azaltma stratejileri süreci bugün kaçırılmış bir fırsata dönüşmüş durumdadır. Bir dizi eylem ile gelişmekte olan ülkelerde sağlık ve sağlık eşitliği açısından YASB'nin gelişmesi sağlanabilir:

1. Ulusal politika uyumunu ve SSB için sektörler arası eylemleri geliştirme süreci olarak YASB'nin daha açık bir şekilde vurgulanması.
2. SSB ile ilgili sektörler arası çalışmalara fon sağlamak için borç veren kurumların ve ulusal hükümetlerin daha fazla destek olması.
3. Sağlık alanında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yönetilen sektörler arası eylemleri artırmak için daha fazla uluslararası ilgi.
4. Sağlık bütçelerinin büyüklüğü için maliye bakanlıkları ve IMF ile uğraşan sağlık bakanlıklarına daha fazla destek sağlanması.
5. Temel yinelenen maliyetler (örneğin sağlık alanındaki insan kaynakları) için harcama planlarındaki (OVHY) esnekliklerden daha fazla yararlanma olanağı.

da yardım transferlerinin şart olduğudur.

KAYNAKLAR

Acción International para la Salud & other 19 nongovermental organization (2005). A joint NGO statement to the High Level Forum on Health MDGs. WEMOS [online]. Retrieved from: http://www.wemos.nl/Documents/hlf_letter.pdf

Action Aid International. (2005). *Real Aid: Making technical assistance work*. Johannesburg: Actionaid International.

Addison, T., Mavrotas, G. & McGillivray, M. (2005a). Aid to Africa: An unfinished agenda. *Journal of International Development*, 17, 989-1001.

————. (2005b). *Aid, debt relief and new sources of finance for meeting the Millenium Development Goals*. WIDER Research Papers No. 2005/09. Helsinki: UNU World Institue for Development Economics Research. Retrieved from: http://www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2005/rp2005-09.pdf.

————. (2005c). Development assistance and development finance: Evidence and global policy agendas. *Journal of International Development*, 17, 819-36.

Afrodad Zimbabwe & 25 other nongovernmental organizations. (2005). NGO Statement on Aid Effectiveness. United Nations Non-Governmental Liaison Service [online]. Retrieved from: http://www.unt-ngls.org/cso/cso7/NGO-Statement.pdf.

Africa Progress Panel. (2008). *Africa's development: Promises and prospects-report of the Africa Progress Panel 2008*. Londra. Africa Progress Panel Secretariat. Retrieved from: http://www.africaprogresspanel.org/pdf/2008%20Report.pdf

Ahmed, A. & Cleeve, E. (2004). Tracking the Millenium Development Goals in sub-Saharan Africa. *International Journal of Social Economics*, 31, 12-29.

Alesina, A. & Dollar, D. (2000). Who gives foreign aid to whom and why? *Journal of Economic Growth*, 5,33-63.

Amprou, J., Guillaumont, P. & Guillaumont, S. (2005). *Aid selectivity according to augmented criteria*. No. 9. Paris: Agence Française de Developpement.

Arslanalp, S. & Henry, P. B. (2006). Policy watch: Debt relief. *Journal of Economic Perspectives*, 20, 207-20.

Attaran, A. & Sachs, J. D. (2001). Defining and refining international donor support for combating the AIDS pandemic. *The Lancet*, 357, 57-61.

Bauer, P. (1981). *Equality, The Third World, and economic delusion*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

————. (1991). *The development frontier: Essays in applied economics*. Londra: Harvester Wheatsheaf.

Berthélemy, J. & Varoudakis, A. (1996). *Policies for economic take-off*. OECD Development Centre Policy Briefs No. 12. Paris: OCED.

Beynon, J. (2001). *Policy implications for aid allocations of recent research on aid effectiveness and selectivity: A summary*. Joint Development Centre/DAC Experts Seminar on Aid Effectiveness, Selectivity and Poor Performers. Paris: OECD.

Bird, G. & Milne, A. (2003). Debt relief for low income countries: Is it effective and efficient? *The World Economy*, 26, 43-59.

Boone, P. (1996). Politics and the effectiveness of foreign aid. *European Economic Review*, 40, 289-329.

Burnside, C. & Dollar, D. (2000). Aid, policies and growth. *The American Economic Review*,

90, 847-68.

Cassen, R. (1986). *Does aid work? Report to an intergovernmental taskforce.* Oxford: Clarendon, for World Bank/International Monetary Fund.

Chenery, H. B. & Stout, A. (1966). Foreign assistance and economic development. *American Economic Review*, 56, 679-733.

Clemens, M., Radelet, S. & Bhavnani, R. (2004). *Counting chickens when they hatch: The short-term effect of aid on growth.* Working Paper No. 44. Washington, DC: Center for Global Development.

Collier, P. & Dollar, D. (1999). *Aid allocation and poverty reduction.* World Bank Policy Research Working Papers No. 2041. Washington, DC: World Bank.

Commission for Africa. (2005). *Our common interest: Report of the Commission for Africa.* London: Commission for Africa. Retrieved from: http://www.commissionforafrica.orf/english/report/thereport/english/11-03-05_cr_report.pdf.

Commission on Macroeconoics and Health. (2001). *Macroeconoics and health: Investing in health for econoic development.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf.

Cooray, N., Gottschalk, R. & Shahiduzzaman, M. (2005). *Will Japan increase aid and improve its allocation to help the poorer countries achieve the Millenium Development Goals?* No. 243 Sussex: Institute of Development Studies.

DAC Task Force on Donor Practices. (2001). *Moving to budget support.* No. DCD/DAC/TFDP(2001) 11. Paris: Development Assistance Committee, Organization for Economic Cooperation and Development.

Dalgaard, C. J., Hansen, H. & Tharp, F. (2004). On the empirics of foreign aid and growth. *The Economic Journal*, 114, F191-F216.

Daniels, D. (2001). *A case study on the European Commission's contribution to development assistance and health (DAH).* CMH Working Paper Series No. WG6:7. New Delhi: WHO Commission on Macroeconomics and Health.

de Renzio, P. (2005). Increased aid vs absorptive capacity: Challenges and opportunities towards 2015. *IDS Bulletin*, 36, 20-27.

Easterly, W. (2003). Can foreign aid buy growth? *Journal of Economic Perspectives*, 17(3), 23-48.

————. (2006). *Planners vs. searchers in foreign aid.* ADB Distinguished Speakers Program. Manila: Asian Development Bank. Retrieved from: http://www.adb.org/Economics/speakers_program/easterly.pdf

Easterly, W., Levine, R. & Roodman, D. (2003). *New data, new doubts: Revisiting "aid, policies, and growth."* Working Paper No. 26, Washington: Center for Global Development.

Economics and Social Commission for Aisa and the Pacific, C. o. E. S. I. (2003). *Health and development: Selected issues: Tackling HIV/AIDS as a development challenge.* Bangkok: UNESCAP.

Edward, P. (2006). The ethical poverty line: A moral quantification of absolute poverty. *Third World Quarterly*, 27, 377-93.

Foltz, A. (1994). Donor funding for health reform in Africa: Is non-project assistant the right prescription? *Health Policy and Planning*, 9, 371-84.

Friedman, M. (1958). Foreign economic aid: Means and objectives. *The Yale Review*, 47.

Führer, H. (1996). *The story of official development assistance: A history of the Development Assistance Committee and the Development Cooperation Directorate in dates, names and*

figures. No. OECD/GD(94)67. Paris: OECD. Retrieved from: http://www.oecd.org/dataoecd/3/39/1896816.pdf adresinden alınmıştır.Gounder, R. (2001). Aid-growth nexus: Empirical evidence from Fiji. *Applied Economics*, 33, 1009-19.

Griffin, K. & Enos, J. L. (1970). Foreign assistance: Objectives and consequences. *Economic Development and Cultural Change*, 18, 313-27.

Gwatkin, D. R. (2005). How much would poor people gain from faster progress towards the Millenium Development Goals for Health? *The Lancet*, 365, 813-17.

Hansen, H. & Tarp, F. (2000). Aid effectiveness disputed. *Journal of International Development*, 12.

Harms, P. & Lutz, M. (2003). *Aid, governance, and private foreign investment: Some puzzling findings and a possible explanation.* Discussion Paper 246. Gerzensee: Hamburg Institute of International Economics.

Hermes, N. & Lensink, R. (2001). Changing the conditions for development aid: A new paradigm? *Journal of Development Studies*, 37, 1-16.

Hoebink, P. (1997). Theorizing intervention: Development theory and development cooperation in a globalizing context. T. van Naerssen, M. Rutten, & A. Zoomers (editörler), *The diversity of development: Essays in honour of Jan Kleinpenning*. Assen, Hollanda: Van Gorcum.

Hopkins, R. (2000). Political economy of foreign assistance. F. Tarp (editör), *Foreign aid & development*. Londra: Routledge.

Howard, J. (2005). Birleşmiş Milletler'in Afrika'daki gıda krizi için düzenlediği özel ECOSOV toplantısı için hazırlanan bildiri. *Partnership to cut hunger and poverty in Africa.* New York. http://www.un.org/docs/ecosoc/meetings/2005/docs/Howard%20Speech-%20Food%20Crises-%2027%20October%202005.pdf adresinden alınmıştır

Hurley, G.(2007). *Multilateral debt: One step forward, how many back?* Brüksel: European Network on Debt and Development (EURODAD). Retrieved from: http://www.eurodad.org/whatsnew/reports.aspx?id=1234.

Independent Evaluation Group. (2006). *Debt relief for the poorest: An evaluation update of the HIPC Initiative.* Washington, DC: World Bank. Retrieved from: http://siteresources.worldbank.org/INTDEBTDEPT/Resources/ieghipcupdateevaluation2006.pdf.

————. (2007). *The IMF and aid to sub-Saharan Africa.* Washington, DC: IMF. Retrieved from: http://www.imf.org/external/np/ieo/2007/ssa/eng/pdf/report.pdf.

International Development Association & International Monetary Fund. (2006). *Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative and Multilateral Debt Relief Initiative (MDRI)–status of implementation.* Washington, DC: IDA and IMF.

Isopi, A., & Mavrotas, G. (2006). *Aid allocation and aid effectiveness: An empirical analysis.* WIDER Research Paper No. 2006/20078 Helsinki: UNU-WIDER.

Jamison, D. T, Breman, J. G, Measham, A. R, Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D. B, Jha, P., Mills, A. & Musgrove, P., editörler (2006). *Disease control priorities in developing countries.* Washington, DC: Oxford University Press and World Bank. Retrieved from: http://www.dcp2.org/pubs/DCP.

Justice, J. (1989). Policies, plans, and people: Foreign aid and health development. *Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*, 17.

Khan, H. A. (2003). *The future of Japanese aid to South and Souteast Asia: A comparative analysis.* CIRJE F-Series No. CIRJE-F-233. Tokyo: Faculty of Economics, University of Tokyo.

Killick, T. (2004). Politics, evidence and the new aid agenda. *Development Policy Review*, 22,

5-29

Leipziger, D., Fay, M., Wodon, Q & Yepes, T. (2003). *Achieving the Millenium Development Goals: The role of infrastructure.* World Bank Policy Research Working Paper 3163. Washington. DC: World Bank.

Lensink, R. & White, H. (2000). Assessing aid: A manifesto for aid in the 21 st century? *Oxford Development Studies*, 28, 5-18.

Lewis, W. A. (1955). *The theory of economic growth.* Londra : Allen & Unwin.

MacKellar, L. (2005). Priorities in global assistance for health, AIDS, and population. *Population and Development Review*, 31, 293-312.

Mandel, S. (2006). *Debt relief as if people mattered: A rights-based approach to debt sustainability.* London: New Economics Foundation. Retrieved from: http://www.neweconomics.org/gen/z_sys_publicationdetail.aspx?pid=223.

Marcus, R., Wilkinson, J., & Marshall, J. (2002). Poverty reduction strategy papers (PRSPs): Fulfilling their potential for childern in poverty? Wournal of International Development, 14, 1117-28.

Martin, M. (2004). Assessing the HIPC Initiative: The key policy debates. J.Teunissen & A. Akkerman (editörler), *HIPC debt relief: Myths and realities* (s. 11-47). The Hague: Forum on Debt and Development (FONDAD). Retrieved from: www.fondad.org

Mavrotas, G. (2003). *Which types of aid have the most impact?* Discussion Papers No. 2003/85. Helsinki: World Institute for Development Economics Research. Retrieved from: http://www.wider.unu.edu/publications/working-papers/discussion-papers/2003/en_GB/dp2003-085/.

Maxwell, S. (2005). Exhilarating, exhausting, intriguing. The report of the Africa Commission. *Development Policy Review*, 23, 483-98.

Mazzotta, B. (2005). *Revealed preferences in United States bilateral aid 1960-2000.* Master of Arts in Law and Diplomacy Medford: Fletcher School of Law and Diplomacy, Tufts University.

McGillivray, M. (2003). *Aid effectiveness and selectivity: Integrating multiple objectives into aid allocations.* No. 2003/71. Paris: World Institute for Development Economics Research.

————-. (2004). Descriptive and prescriptive analyses of aid allocation: Approaches, issues and consequences. *International Review of Economics and Finance*, 13, 275-92.

McGreal, C. (2007, 8 Şubat). Chinese aid to Africa may do more harm than good, warns Benn. *Guardian.*

Michaud, C. (2003). *Development assistance for health (DAH): Recent trends and resource allocation, prepared for Second Consultation, Commission on Macroeconomics and Health*, October 29-30, 2003. Cenevre: WHO. Retrieved from: www.who.int/entity/macrohealth/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf.

Morrissey, O. (2001). Does aid increase growth? *Progress in Development Studies*, 1, 37-50.

————-. (2002). *Aid effectiveness for growth and development.* ODI, Opinions, 2. Londra: ODI. Retrieved from: http://www.odi.org.uk/publications/opinions/2_aid_effectiveness.pdf.

Mosley, P. (1980). Aid, savings and growth revisited. *Bulletin of the Oxford University Institute of Economics and Statistics*, 42, 79-85.

————-. (1981). Models of aid allocation process: A comment on McKinley and Little. *Political Studies*, 29, 245-53.

Mosley, P., Hudson, J. & Horrell, S. (1987). Aid, the public sector and the market in less developed countries. *Economic Journal, 97*, 616-41.

Mosley, P., Hudson, J. & Verschoor, A. (2004). Aid, poverty reduction and the "new conditionality." *Economic Journal*, 114, F217-F243.

Most, S. & Van Den Berg, H. (1996). Growth in Africa: Does the source of investment financing matter? *Applied Economics*, 28, 1427-33.

Neumayer, E. (2003). *The pattern of giving aid: The impact of good governance on development assistance* (vol. 34). Londra: Routledge.

Ooms, G. & Hammonds, R. (2008). Correcting globalisation in health: transnational entitlements versus the ethical imperative of reducing aid-dependency. *Public Health Ethics*, 1, 154-170.

Ooms, G., Van Damme, W., Baker, B. K., Zeitz, P. & Schrecker, T. (2008). The "diagonal" approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Globalization and Health*, 4.

Organisation for Economic Co-operation and Development OECD. (1998). Aid and private flows fell in 1997. University of Pennsylvania African Studies Center [online]. Retrieved form: http://www.africa.upenn.edu/Urgent_Action/apic_71998.html adresinden alınmıştır

————. (2004). *Untying ODA: Progress Report 2004.* Paris: OECD.

————. (2006). *Monitoring the Paris Declaration on aid effectiveness. 5. Definitions and Guidance.* http://www.oecd.org/dataoecd/13/29/36306366.doc adresinden erişilmiştir. Paris: OECD.http://www.oecd.org/dataoecd/13/29/36306366.doc and http://www.oecd.org/department/0,355,en_2649_15577209_1_1_1_1_1,00.html.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Development Assistance Committee (2006). *Final ODA Data for 2005.* Paris: OECD. Retrieved from: http://www.oecd.org/dataoecd/52/18/37790990.pdf adresinden alınmıştır

Pack, H. & Pack, J. (1993). Foreign aid and the question of fungibility. *The Review of Economics and Statistics,* 75, 258-65.

Quartey, P. (2005). *Innovative ways of making aid effective in Ghana: Tied aid versus direct budgetary support.* WIDER Research Papers No. 2005/58. Helsinki: World Institute for Development Economics Research.

Rajan, R. & Subramanian, A. (2005). *Aid and growth: What does the cross-country evidence really show?* IMF Working Paper No. 05/127. Washington: IMF.

————. (2006). What undermines aid's impact on growth? *Trade and Growth Conference, Research Department, International Monetary Fund.* Washington, DC: International Monetary Fund. Retrieved from: http://www.imf.org/external/np/res/seminars/2006/trade/pdf/rajan.pdf.

Ranis, G. & Stewart, F. (2001). *HIPC: Good news for the poor?* Helsinki: UNU-WIDER.

Rostow, W. W. (1960). *The stages of economic growth: A non-Communist manifesto.* Cambridge: University Press.

Sachs, J. D. (2004). Health in the developing world: Achieving the Millenium Development Goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 947-52.

————. (2007). Beware false tradeoffs. Foreign Affairs [online]. http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs

Sandler, T. & Arce, M. (2002). A conceptual framework for understanding global and transnational public goods for health. *Fiscal Studies*, 23, 195-222.

Schieber, G., Fleisher, L. & Gottret, P. (2006). Getting real on health financing. *Finance &*

Development, 43.

Schneider, A. (2005). Aid and governance: Doing good and doing better. *IDS Bulletin*, 36.

Schraeder, P. J., Hook, S.W. & Taylor, B. (1998). Clarifying the foreign aid puzzle: A comparison of American, Japanese, French and Swedish aid flows. *World Politics*, 50, 294-323.

Snowdon, B. (2005). A global compact to end poverty: Jeffrey Sachs on stabilisation, transition and weapons of mass salvation. *World Economics*, 6.

Sobhan, R. (2005). Increasing aid for poverty reduction: Rethinking the policy agenda. *IDS Bulletin*, 36, 61-67.

Sowa, N. K. & White, H. (1997). *An evaluation of Netherlands co-financing of World Bank activities in Ghana, 1993-1996*. The Hague: Ministrie van Buitenlandse Zaken.

Spinaci, S., Currat, L., Shetty, P., Crowell, V. & Kehler, J. (2006). *Tough choices: Investing in health for development-experiences from national follow-up to the Commission on Macroeconomics and Health*. Cenevre: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/macrohealth/documents/report_and_cover. pdf.

Stiglitz, J. (2002). Overseas aid is money well spent. *Financial Times*.

Sundberg, M. & Gelb, A. (2006). Making Aid Work. *Finance and Development*, 43.

Svensson, J. (2000). Foreign aid and rent-seeking. *Journal of International Economics*, 51, 437-61.

Therkildsen, O. (2005). Major additional funding for the MDGs: A mixed blessing for capacity development. *IDS Bulletin*, 36, 28-39.

Thiele, R., Nunnenkamp, P. & Dreher, A. (2006). *Sectoral aid priorities: Are donors really doing their best to achieve the Millenium Development Goals?* Kiel Working Papers No. 1266. Kiel, Almanya: Kiel Institute for World Economics.

Thomas, A. (2006). *Do debt-service savings and grants boost social expenditures?* IMF Working Papers WP/06/180. Washington, DC: International Monetary Fund. http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2006/wp06180.pdf adresinden alınmıştır.Uluslararası Kalkınma Birliği & Uluslararası Para Fonu, 2006. *Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative and Multilateral Debt Relief Initiative (MDRI) – status of implementation.* Washington, DC: IDA and IMF.

United Nations Conference on Trade and Development. (2004). *Economic development in Africa: Debt sustainability: Oasis or Mirage?* New York and Geneva: United Nations.

————. (2006). Trade and development report 2006: Global partnership and national policies for development. New York and Geneva: United Nations. Retrieved from: http://www.unctad.org/Templates/Download.asp?docid=7183&lang=1&intItemID=2068.

United Nations Development Programme. (2003). *Human development report 2003: Millennium Development Goals: A Compact among nations to end human proverty*. New York: Oxford Universtiy Press.

Voivodas, C. S. (1973). Exports, foreign capital inflow and economic growth. *Journal of International Economics*, 3, 337-349.

Wick, P. & Shaw, J. (1998). The Côte D'Ivorie's troubled economy: Why World Bank intervention failed. *Cato Journal*, 18.

Wood, A. (2006). *IMF macroeconomic policies and health sector budgets*. Amsterdam: Wemos Foundation. Retrieved from: http://www.wemos.nl/Documents/wemos_synthesis_report.pdf.

Working Group on IMF Programs and Health Spendging. (2007). *Does the IMF constrain he-*

alth spending in poor countries? Evidence and an agenda for action. Washington, DC: Center for Global Development. Retrieved from: http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf

World Bank. (2008a). *Debt Relief.* HIPC Initiative, World Bank [online]. Retrieved from: http://go.worldbank.org/KNZR2IIQG0 adresinden alınmıştır.

————. (2008b). Heavily indebted poor countries. HIPC Initiative, World Bank [online]. http://go.worldbank.org/AJ50UJ3KI0.

World Bank & International Monetary Fund. (2006). *Global monitoring report 2006: Millenium Development Goals: Strengthening mutual accountability, aid, trade and governance.* Washington, DC: World Bank.

World Health Organization / World Bank. (2003). *High level forum on health Millenium Development Goals: Resources, aid effectiveness and harmonization.*

8. Bölüm

KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK SİSTEMLERİ DEĞİŞİMİ

John Lister ve Ronald Labonté

PARÇALI BİR BAKIŞ: SAĞLIK SİSTEMİ REFORMUNDA ORTAK ETKENLER

GİRİŞ

Sağlığa ilk "küresel" yaklaşım, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Dünya Sağlık Meclisi'nin ezici oyuyla, 1978 Alma-Ata Bildirgesi'ni ve 2000 yılına kadar "Herkes için Sağlık" anlayışını benimsemesiyle perçinlendi. Alma-Ata politikalarının merkezindeki dört anahtar ilke basit ve açıktı:

1. "Yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, tam bir fiziksel, ruhsal ve toplumsal iyilik durumu" olarak tanımlanan sağlık; daha dar, daha az etkin, tedavi odaklı veya "tıbbi model" olarak kabul edilmekten çok, "temel bir insan hakkı" olarak ilan edildi.
2. Evrensellik, her ülkede tüm nüfusu, ödeme gücü yerine gereksinim temelinde kullanılabilen, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık sistemleri ağı içinde kapsama güdüsünü yansıtıyordu.
3. Sağlık sistemleri, "kullanılışlı, bilimsel bakımdan güvenilir, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntemler ve teknolojiye dayanan; toplumdaki bireylerin ve ailelerin tam katılımlarıyla herkesçe erişilebilen, toplum ve ülkenin ödeyebileceği bir maliyeti olan temel sağlık bakımı" olarak tanımlanan birincil sağlık bakımı (PHC) üzerine kurulmalıdır. PHC birincil bakımı, erişilebilir hastane ve ikincil bakım hizmetlerinin kullanılabilmesiyle birleştirmelidir (World Health Organization, 1992).
4. Sağlık sistemlerinin yalnız sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve sunumunda değil, aynı zamanda politikaları şekillendirme ve sağlığın toplumsal belirleyicileri üzerine etkinliklerde kamusal katılımı sağlamakta önemli bir rolü vardır.

Bu değerler etrafında uzlaşma, Batı Avrupa'da ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Ülkeleri'nin (OECD) çoğunda savaş sonrası *refah devletçi* yaklaşımın do-

ruğunu temsil etmişti; ancak, egemen kapitalist ülkelerin ideolojik paradigmasını değiştiren politik gelişmeler tarafından baltalanıyordu. Bu değişim esas olarak Margaret Thatcher'in 1979'da İngiltere başbakanı, Ronald Reagan'ın 1980'de Birleşik Devletler (US) başkanı ve Helmut Kohl'un 1982'de Alman şansölyesi olarak seçilmesiyle başladı. Bunların *monetarizm* ekonomik politikası (enflasyonu aşağı indirmek için yüksek faiz oranları kullanımı), buna eşlik eden neo-liberalizmin yükselmesi ve bunun serbestleşme, kuralsızlaşma ve özelleştirme vurgusu, sonradan Washington Konsensüsü denmeye başlanan uzlaşmanın şekillenmesine yardımcı oldu (Williamson, 1990, 2000). Bu "uzlaşma"nın üç baskın küreselleştirici ekonominin, siyasi ajandalarını yansıtan politika bileşenleri, önde giden uluslararası mali kuruluşlar, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası tarafından açıkça benimsendi (Stiglitz, 2002).

Bu değişimlerin etkisi, 1980'lerde yeni bağımsızlıklarını kazanmış birçok devletin başına gelen ekonomik krizlerce büyütüldü. Bu devletler evrensel, kamusal olarak fonlanan sağlık sistemleri kurmak isteğiyle başladılar fakat destek aramaya ve Dünya Bankası ve IMF'den borç almak için ve küresel kredi değerlendirmelerini korumakta bir dayanak olarak sıkı koşulları (Yapısal Uyum Programları veya SAP'lar) kabul etmeye zorlandılar. Bu koşullar kamusal hizmetlerin artarak özelleştirilmesini, pazarların giderek özel tedarikçilere açılmasını ve, sağlık ve eğitim dahil toplumsal yardımlara hükümet harcamaları üzerine daha sıkı kısıtlamaları kapsadı. Bu arada, anahtar işlevi gören yüksek gelirli ülkelerde borç veren hükümetler, bürokratik, tekelci, katı ve verimsiz olarak resmettikleri kamusal hizmetleri yeniden örgütlemeye ve yeniden biçimlendirmeye temel olarak, özel sektörden yönetim teknikleri ve ekonomik/örgütsel modeller taşımaya çalıştılar. Aynı süreçten, özünde anlaşmalar ve "kürek çekmek yerine dümen tutmak" (Osborne ve Plastrik, 1998; Denhardt ve Denhardt, 2002) kavramları olan, kanıtlanmamış "Yeni Kamu Yönetimi" hurafeleri ortaya çıktı. Sonuç, toplum sağlığı (iyileştirme, önleme ve koruma yaklaşımları) yerine tedavi edici tıbba odaklanmada bir artış; sağlığa ilişkin hedefler yerine ekonomik ve mali temelde hedef belirleme; son zamanlarda küresel kurumlar tarafından –borç alan ülkelerdeki sağlık hizmeti sağlanması üzerine daha geniş etkilerine değinilmeksizin– dikte edilen dikey programlar oldu.

1980'lerin ortasına kadar sağlığa çok az karışmış olan Dünya Bankası giderek artan bir biçimde neo-liberal politika paketlerini savunmaya başladı. Bu politikalar yalnızca evrensellik uzlaşısından kopmakla kalmadı, aynı zamanda, biraz birincil sağlık hizmeti dilini kullanmakla birlikte, artarak teknik çözümlere, maliyet-etkinliğe ve tıbbi (tedavi edici ç.n.) modellere odaklandı. Banka'nın satış hasılatı ile maliyeti karşılama (katılım payı) üzerine odaklanmasıyla, özel sektör tedarikçileri ve dünyanın yoksullarına yalnızca asgari bir temel bakım paketi

sunan açık bir ikili (kamu ve özel ç.n.) sistemi içeren politikası, Alma-Ata değerlerinden kesin bir kopuşu temsil etti ve Alma-Ata'nın sağlık sistemi reformuna daha kapsamlı bakışın yerine, "seçici" birincil sağlık hizmeti (Cueto, 2004) olarak bilinen müdahale-temelli bir yaklaşımın yerleştirilmesine katkıda bulundu.

Alma-Ata ilke ve değerlerini ileri taşımakla görevlendirilmiş bir örgüt olan Dünya Sağlık Örgütü, Banka'nın kaynakları ve ideolojik ağırlığı karşısında gerilemiştir. Banka'nın projeler ve araştırmalar için engin bütçesi geniş ölçüde tek yanlı bir sorgulama ve tartışmaya sponsorluk yaparken, Dünya Sağlık Örgütü bütçesi dondurularak örgüt Banka ile özel sektöre giderek daha fazla ödün verdiği bir "ortaklık" arayışına zorlanmıştır (bakınız bu ciltte Bölüm 12). Dünya Sağlık Örgütü'nün göreli ekonomi bilgisizliği, örgütü Dünya Bankası sağlık ekonomistleri istihdam etmeye iten etmenlerden biridir. Bu, sağlık sistemlerinin etkinliğinin uluslararası ölçekte değerlendirildiği ölçütlerin seçimine ilişkin olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yayınladığı *Dünya Sağlık Raporu* (WHR) etrafında birçok genel tartışmayla sonuçlanmıştır (Braveman, 1998; Gadelha et al., 2001; Navarro, 2002; Brown, 2002; Landmann Swzarcwald, 2002). Bu rapor aynı zamanda birincil sağlık hizmetlerini bir başarısızlık olarak değerlendirmiş, Alma-Ata bildirgesini özel finansmana değinmediği için eleştirmiş ve bir süre için Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığın temel bir insan hakkı olduğu kavramına tarihsel taahhüdünü sulandırmıştır. Ancak 2008 yılında birincil sağlık hizmetleri konusu üzerine yayınlanan *Dünya Sağlık Raporu*, Dünya Sağlık Örgütü'nün bu yaklaşıma taahhüdünü yenilemiştir. Rapor, son zamanlarda neo-liberal yaklaşımlardan bu bölümde tartışılan sağlık sektörü reformuna dönüşün bir göstergesidir.

Ancak, sağlık sektörü reformu üzerine görüşmelerin bazıları Unger, De Paepe, Ghilbert, Soors ve Green (2006) tarafından tanımlanan "parçalanmış bakım" ile sonuçlanan serbest-pazar değerlerini benimseyen politikaları desteklemekte ısrarlıdır. Bu bölüm, serbest-pazarı benimsemenin küresel neden ve sonuçlarını incelemekte; eşitlik, erişilebilirlik ve toplumsal gereksinimleri karşılama ilkeleri temelinde sağlık sistemleri kurmak kaygısı taşıyanlara bir dizi kısa politika uyarısıyla sonlanmaktadır.

"PARÇALANMIŞ BAKIMA" DOĞRU GİDİŞ

Dünya Bankası ve son zamanlara kadar IMF, düşük ve orta gelirli ülkelerde politika şekillendirmekte oldukça etkili hale gelmiştir[1]: 1990'ların sonuna kadar Banka araştırmaya yılda yaklaşık 100 milyon USD harcadı ve kendi imajını ka-

[1] IMF hâlâ ödeme dengesi sorunlarını veya döviz krizlerini yönetmekte IMF'ye güvenen düşük gelirli ve az gelişmiş ülkelerde oldukça etkilidir; ancak, artan sayıda Asya ve Latin Amerika ülkesi bu sorunları IMF yardımı ve müdahalesi olmaksızın yönetebilmek için kendi döviz yedeklerini oluşturmaktadır (Weisbrot, 2006).

sıtlı bir şekilde bir "bilgi bankası" olarak göstermeye çalıştı (Pincus ve Winters, 2002). Bununla beraber Banka'nın etkisi politika ve ideolojinin ötesindedir. Banka'nın bağış yapmaya veya borç vermemeye takdir yetkisi vardır; 1990'ların sonunda Dünya Sağlık Örgütü'nü geçmiş, sağlık sektörü etkinliklerinin en büyük finansörü olmuştur ve 2000'den beri altı yılda sağlıkla ilişkili projeler için verdiği borç miktarı yıllık ortalama 2,5 milyar USD civarında gerçekleşmiştir -toplam borcun % 13'ü Dünya Bankası'nın düşük ve orta gelirli ülkelere hizmet eden iki kolu aracılığıyla verildi: sırasıyla Uluslararası Yeniden Yapılanma ve Kalkınma Bankası (IBRD) ve Uluslararası Kalkınma Birliği (IDA) (World Bank, 2005).

Banka 1985'te sağlık hizmetlerinde kullanıcı ücretleri olgusunu tartışan bir ana belge yayınladı (de Ferranti, 1985). Bunu, yine Banka'nın katılım payı tartışmaları ile devletin azaltılan rolü, pazar mekanizmaları ve özel sektöre artan güven tartışmalarını birleştiren resmi belgesi izledi (World Bank, 1987). Ancak, gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarını şekillendirmekte en etkili politika belgesi, Banka'nın 1993 *Dünya Kalkınma Raporu* (WDR) oldu (Walt, 1994). Bu rapor, zengin ülkelerin istedikleri kadar harcamakta özgür olduğu fakat gelişmekte olan ülkelerde hastane bakımında kamusal finansmanının asgariye indirilmeye teşvik edildiği ve geriye kalan hizmetlerin sunumunun, finansmanının veya her ikisinin birden özelleştirildiği, ikili (hem devlet hem de kamu sektörünün olduğu) bir küresel sağlık sistemi kurulmasını etkin bir şekilde önerdi. Bu rapor, gelişmekte olan en yoksul ülkelerde halk sağlığı ve temel klinik hizmetlerinin "asgari paket" maliyetini, kişi başına 12 USD olarak öngördü (World Bank, 1993, s. 10).

Temel paketin bile eşit dağıtılmasındaki başarısızlığı (Colgan, 2002) ve katılım paylarının dayatılmasının eşitlik ve erişim üzerindeki olumsuz etkilerini kanıtlayan 1993 tarihli kritik raporlara rağmen (Creese, 1997; England, Kadar, Nigam ve Pinto, 2001; Nanda, 2002) Banka düşük ve orta gelirli ülkelere aynı yönde baskı uygulamayı sürdürdü. 2000 yılında Amerikan sivil toplum örgütleri, Kongreyi, eğer IMF veya Dünya Bankası gelişmekte olan ülkelere eğitimde ve sağlıkta katılım paylarını bir borç verme koşulu yapmayı sürdürürse, Birleşik Devletler fonlamasını iptalle tehdit etmek üzere ikna etti (Weisbrot, 2001). Bunun bir sonucu 2004 Dünya Kalkınma Raporu'nda Banka'nın artık katılım payları üzerine bir "genel politikasının" bulunmayacağını bildirmesi oldu (Hutton, 2004).

Yapısal uyum politikalarının, dünyanın en yoksullarının sağlığı ve refahı ile ilgili olarak artan olumsuz kanıtları, –örneğin, yapısal uyum programlarının sağlığa etkileri hakkında 76 makalenin 2001 değerlendirmesi, yalnızca kayıtlı %8, olumlu sonuç buldu; %45 olumsuzdu (Breman ve Shelton, 2001)– Banka ve IMF'nin yapısal uyum programlarına yaklaşımlarında reforma ve yeni bir

Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Belgesi (PRSPs) politikası başlatmasına yol açtı (bakınız Bölüm 7). 2008 yılı Temmuz ayına kadar 66 ülke en az bir PRSP hazırlarken, bazı ülkeler birden fazla hazırlamışlardı (International Monetary Fund, 2008). Ancak Banka'nın ve IMF'nin ilk 23 Ağır Borçlu Yoksul Ülkenin (HIPC) borç iptali üzerine görüşmelerinde, koşulsallık ve özelleştirme güdüsü oldukça canlıydı (Gupta, Clements, Guin-Siu ve Leruth, 2001). HIPC'lere, söz verilen mali ödülü almadan *önce* AIDS yayılmasını yavaşlatmak için adımlar da içinde olmak üzere, bağışıklama ve sağlık hizmeti sunumunda iyileştirmeler yapma şartları koşuldu. Malawi'de bu süreç yıllarca sürüncemede kalırken, ülke aynı zamanda kamu çalışanlarına ödemede kullanılabileceği kamusal harcamalara ayrılan paydaki sınırlamalarının kurbanı oldu (Fontana, 2005) (bakınız Bölüm 7).

Bu politikaları Banka'nın ve IMF'nin ana hissedarı ülkeler dahi eleştirdiler. 2006'da İngiltere hükümeti Banka'yı, yoksul ülkelere ekonomilerini serbestleştirme ve kamu sektörü girişimlerini özelleştirme şartlarından vazgeçmezse Banka'ya olan ödemelerini durdurmakla tehdit etti (Eliot, 2006). 2007'de Norveç hükümeti kendi Dünya Bankası payının %25'ini, Dünya Bankası'nın borç ve bağışlarının –artık biraz daha gevşek olmasına rağmen– istedikleri takdirde borç alan ülkelerin Norveç'in sosyal demokrat politikalarını uygulamalarını önleyebileceği gerekçesiyle vermedi (Bretton Woods Proect, 2008).

AYNI PAZAR REFORMU MÖNÜSÜNÜ SUNAN DİĞER ÖRGÜTLER

Dünya Bankası'nın tercih ettiği pazar-tarzı sağlık sistemi reformları paketi, Asya Kalkınma Bankası (ADB) ve Inter-Amerikan Kalkınma Bankası (IADB) gibi bölgesel bankalarca yinelendi. Diğer küresel güçler arasında dünyanın en zengin ülkelerinin borç veren kurumları yer aldı. Yardımları giderek daha fazla Dünya Bankası aracılığı ile yönlendirildi ve bu nedenle Banka'nın pazar-yönelimli reformlarına tabi oldu. Yardımlar iki yanlı (ülkeden ülkeye) olduklarında, sıklıkla borç veren ülkenin daha genel küresel ekonomik politikalarını yansıtırlar. Bunun bir örneği, 2003'te sağlığı geliştirme projeleri için ayrılmış yaklaşık 1,5 milyar USD'lik bütçesi ile Birleşik Devletler Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID) oldu (Michaud, 2003). USAID, 1961'de Dışişleri Bakanlığı'nın bir alt bölümü olarak kurulduğundan beri açıkça, işbaşındaki Amerikan yönetimine ve onun sürekli olarak özelleştirme, ekonomik serbestleşme, özel sektör katılımı ve toplumsal olarak muhafazakar politikaların yanlısı olan dış politika hedeflerine bağlı oldu (USAID, 2003; Ollila, 2005; USAID, 2006). Dünya ölçeğinde genellikle borç veren ülkelerden veya Dünya Bankası'ndan kalkınma yardımı fonlarıyla fonlanan Abt Associates, John Snow Inc. ve Sağlık Yönetimi Bilimleri gibi danışmanlık firmaları da daha özel sektör ve pazar-tarzı politikaları yanlısı gü-

düleri teşvik ettiler (Lee ve Goodman, 2002). Sağlık hizmetinde yer alan büyük-ölçekli şirketler de aynısını yaptılar: İlaç firmaları, özel sigortalar, Avustralya'nın Ramsay Healthcare, Güney Afrika'nın Netcare, Discovery ve Life Healthcare gibi özel hastane zincirleri ve şirketler (Fortson, 2007).

Dünya Bankası'nda egemen güçler olan Birleşik Krallık ve Birleşik Devletlerin (Walt, 1994) müdahaleleri, politika değişikliği gerçekleştirebilmek için ekonomik manivela kullanımındaki hevesleri bakımından, diğer ülkeler tarafından geliştirilmiş eşdeğer programlardan farklı olarak, dikkat çekici şekilde benzerdir. Örneğin Birleşik Krallığın Uluslararası Kalkınma Departmanı (DFID) özelleştirmeyi teşvik ettiği ve özel danışmanlık yoluyla bu politik hattını dayatmakta olup, (Hillary, 2005) USAID'e benzer bir tarzda çalıştığı için, şiddetle eleştirilirken Avustralya, özel tedarikçilere çok az vurgu yapmaktadır (Barraclough, 2005; Australian Agency for International Development – AusAID, 2008). Danimarka Yardım Ajansı Danida, katılım paylarının etkisini açıkça eleştirmiştir (Danida-Royal Danish Ministry of Foreign Affairs, 2005, s. 27). "Özel sektör"ün Danimarka'daki tanımı işçi sendikalarını da kapsar. Alman GTZ/GmbH da (Alman Teknik İşbirliği Ajansı), USAID ve DFID'den önemli derecede farklı bir gündem izler. GTZ/GmbH, Aralık 2005'te Berlin'de, kalkınmakta olan ülkelerdeki sosyal sigorta konusu bağlamında kayıt altındaki sektörlerde çalışan azınlıkla kısıtlı kalmadan evrensellikle ilişkili sosyal sigorta kavramı içinde, Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte büyük bir uluslararası konferans düzenlenmiştir. Bu nedenle Alman yaklaşımı, Kolombiya ve diğer bazı ülkelerde şekillenen bir çeşit ikili sisteme doğru yönelme eğiliminde ve yoksullara sağlananların kayıt altındaki sektörlerde çalışanlara sağlananlardan oldukça farklı ve aşağıda olduğu Dünya Bankası'ndaki sosyal sigorta kavramından farklıdır (Homedes ve Ugalde, 2005; Flores, 2006). Konferansa iletilen GTZ/GmbH rehberleri "evrensellik, dayanışma ve toplumsal sorumluluk" ilkelerini vurgularken, Alman organizatörlerden gelen bir eleştiri Washington Konsensüsü'ne dayalı politikaların "öenmli ve olumsuz etkileri"nin açıkça altını çizdi (Schwefel et al., 2005, s. 6).

Banka ve USAID tarafından küresel ölçekte desteklenen sağlık sistemi politikaları hem sağlık politikasının ağır basmasından, hem de esas olarak Birleşik Devletler ve Birleşik Krallık üniversitelerindeki sağlık ekonomisi alanında çalışan akademisyenlerden oldukça etkilenmiştir. Bu akademik kurumlardaki sağlık politikası uzmanlarının tümü hiçbir şekilde Banka'nın ve USAID'in pazar-yönelimli politikalarını desteklemezken, Banka'nın çizgisini destekleyenlerin çoğu araştırma fonlarından, bulgularını yayınlamaya hazır kanallardan kolayca ve sürekli yararlanabilmekte ve hem kurumlar, hem de ulusal hükümetler üzerinde hatırı sayılır etki yapabilmektedirler. Lee ve Goodman (2002, s. 116) tara-

fından "sıkıca birbirine entegre olmuş politika yapıcılar, teknik danışmanlar ve akademisyenler ağı" olarak tanımlanan bu küçük gruplar, küresel kurumlar tarafından desteklenen politika reformlarını büyük ölçüde şekillendirip güdülediler: "[Sağlık sistemi] politikaları analizlerinin zamanla değişmesi, politika sürecinin başlaması ve formüle edilmesinin Washington ve Londra merkezleri aracılığıyla büyük ölçüde yukarıdan aşağıya geliştirildiğini ve desteklendiğini düşündürür."

Stone (2001, s. 353) bu "merkezleri" *bilgi toplulukları* olarak adlandırarak, aynı zamanda "elit, teknik ve bilimsel kliklerin" uluslarüstü ağının politika ve politik gündemlerin değişimine etkisindeki rollerini ve "IMF, Dünya Ticaret Örgütü, OECD ve Dünya Bankası gibi kurumlarda sağlamlaştıklarını" belirtir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık sistemleriyle ilgili kendi politikalarını geliştirirken bu grupların baskılarını bizzat hissetmiştir: 2000 Dünya Sağlık Raporu'nu hazırlayan ekipten sadece iki kişi üye ülkelerin sağlık bakanlıklarından iken, diğerleri Dünya Bankası, sağlık sigortası şirketleri, üniversiteler, OECD ve özel sağlık örgütlerindendi (Ollila ve Koivusalo, 2008).

Ancak, nihai "uzlaşma" genellikle sadece politika şekillendirici elit toplulukların kendilerini ikna etmiştir. Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) dahi sağlık politikasında söz sahibi dar grubu eleştirmiştir: "Sağlık politikasının küçük, kapalı danışman ve politika yapıcılardan oluşan gruplar içersinde araştırılması ve yürütülmesi kabul edilemez... İnsanların kendi yaşamlarını yöneten kararlarda anlamlı bir söz söyleme hakları olması, iyi yönetişim tanımının esasını oluşturur" (PAHO, WHO, IDRC, 2001, Foreword).

Bu tür sorunların tümünün basitçe Dünya Bankası/IMF'den kaynaklanıyor olduğunu görmek bir hata olurdu. Pazar-tarzı politikalar ve ideolojik baskılar aynı zamanda küresel pazarın kendisini ve pazar sistemindeki başka baskın fikirleri ve politika çerçevelerini benimsemekten de kaynaklanabilir. Ancak pazar-tarzı politikaların çoğu, uygulanmaları yüksek bürokratik genel gider maliyetleriyle yerlerini alacakları daha bütüncül sistemlerden daha pahalı olduğundan, yürütülmeleri için, bu ister Banka'dan gelen dışsal baskı, isterse merkez-sağ ulusal hükümetlerin ideolojik inanışı olsun, politik taahhüt gerektirirler. Bu, politika önerilerinin neden genellikle uygulanmaktan çok konuşulduğunu açıklamaya yardımcı olur (Lister, 2005). Özellikle Sri Lanka, Gana, Tayland ve Kosta Rika hükümetleri gibi bazı hükümetler baskılara karşı koymuşlar ve daha ilerici ve eşitlikçi sağlık sistemi politikalarını sürdürmüşlerdir (Rannan-Eliya ve Somanathan, 2005).

Dünyanın en yoksul ülkelerinde sağlık sistemlerini şekillendirilen politikalar önemli ölçüde çok-uluslu kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları (STK) ve yardım ajanslarında kararlaştırılırken, diğer yerlerde, yüksek gelirli ülkelerde çok farklı bir durum hakimdir. Harcamaların kısıtlanması için baskı vardır: Avronun den-

gede tutulmasıyla görevlendirilmiş olan Avrupa Merkez Bankası, sağlık harcamalarına sınır getirilmesini savunmakta, sağlık finansmanında daha fazla özel katkı ve katılım payı (sağlık hizmeti için sigortaya ödenen prim dışında önceden belirlenmiş bir miktarın, örneğin muayene başına 10 TL veya reçete başına 10 TL gibi, hasta tarafından ödenmesidir ç.n.) uygulamasının başlatılmasını (2003) önermektedir. Banka, "verimli çözümlere" doğru hareket etmek için "pazar güçlerinin" kullanımıyla birlikte, daha fazla özel finansman kullanımı, sağlık hizmeti ve sağlığın korunması için halk sağlığı hizmetlerini "çekirdek hizmetlerle" kısıtlayarak, bireylerin "temel-olmayan sağlık giderlerini" kendilerinin karşılamasını istemektedir.

Ancak en zengin 30 ülkenin politikaları, son birkaç yılda pazar-tarzı reformlara daha eleştirel bakmaya başlayan OECD araştırmacıları kanalıyla tartışılmakta ve desteklenmektedir. 2004'te dört yıllık OECD sağlık projesi raporunun "sağlık sistemlerinde paranın değerini" tartışan son bölümü, standart neo-liberal politikaların çoğunu reddetmektedir. Maliyet paylaşımı, müşteri-tedarikçi ayrımı, ademi merkeziyetçilik, sonuca göre ödeme (etkinliğe dayalı ödeme sistemleri) ve hizmet sunanlar arasındaki rekabet kavramlarının hepsi eksik bulunmuştur (OECD Health Project, 2004). OECD ülkelerinin çoğunda sağlık hizmetine evrensel erişimin uzun geçmişi, politik partiler için (artmış özelleştirme ve piyasalaştırma yanlıları için dahi), birçok düşük gelirli ülkede halk sağlığı sistemlerini, yapısal uyum programlarının dayatılması esnasında öngörülen ölçüde dağıtmayı güçleştirmiştir.

Kutu 8.1 Özel sektörün birçok yüzü

Kamu sektörü sendikalarının uluslararası örgütü olan Uluslararası Kamusal Hizmetler, özelleştirmenin bir dizi seviyesi ve biçimi arasında ayrım yapmaktadır:

Mülkiyetin özelleştirilmesi
Sorumluluğun özelleştirilmesi
Sunumun özelleştirilmesi
Finansmanın özelleştirilmesi
Pazarlar aracılığı ile özelleştirme – özel sektörün, hükümet veya toplumsal sigorta planı fonları için kamu sektörüyle rekabet edebileceği koşullar yaratmak (PSI, 1999, s. 9).

Dünya Bankası'nın, ortağı durumunda ve gelişmekte olan ülkelerde özel sektöre borç veren Uluslararası Finans Şirketi (IFC) tarafından yayımlanan *Afrika'da Sağlık Endüstrisi* (2007) raporu, bu çerçevede, sağlık

himetinin "özel" sunumunda farklı tipler olduğuna dikkat çekmektedir:

1. Kâr amaçlı özel sunumla birlikte, kâr amaçlı olmayan farklı özel sunum tipleri vardır (her biri katılım payı isteyen veya istemeyen yardım kuruluşları, dinsel gruplar, kayıtlı kâr amacı gütmeyenler/kooperatifler).
2. Kamusal olarak finanse edilen ve hükümet düzenlemesinin değişik biçimleri altında özel sunum (OECD ülkelerinin çoğunda olduğu gibi).
3. Kamusal sektör hizmetleri sunan hastaneler ve tesisler kurmak, yönetmek ve işletmek üzere özel finansman (Özel Finans Girişimi veya Kamu Özel Ortaklığı olarak değişik şekillerde adlandırılır).
4. Hem kâr amaçlı hem de kâr amaçlı olmayan hizmetlerde özel sunum için özel finansman (örneğin kâr amaçlı olmayan sosyal sigorta planları).

Hemen hemen bütün özel katılım tipleri ek yükler ve birinci basamakta sunulan hizmetleri fonlamak için kullanılabilecek kamusal fonların ya da kaynakların başka taraflara yönelmesiyle sonuçlanabilen bir iş dengesi veya bir çeşit arz fazlası sağlanması ihtiyacı getirmesine karşın, özel sektör katılımının bütün bu varyantlarının, erişimde eşitlik üzerine olumsuz etkisi olması şart değildir.

BAŞARISIZLIĞA KARŞI PAZAR REÇETELERİ

Pazar-tarzı politikalar ve "reformlar" gelişmekte olan ülkelerde, ulusal düzeyde kendiliğinden ortaya çıkmaz. Bunlar küreselleşmenin ulusal ekonomiler üzerindeki baskılarına doğrudan veya kaçınılmaz bir yanıttır. Ancak Armada ve Muntaner (2004) literatür değerlendirmelerinden, bu tür politikaların çoğunlukla etkinliklerine ilişkin hiçbir ciddi kanıt bulunmayan, teorik öneriler olarak ortaya çıktıkları sonucuna varmıştır. İlerici ve sağlam reformların yaşama geçirilmesi için yer açılacaksa, önce "norm" olarak yerleşik bulunan ölçütler mönüsündeki yanılsamaların (aşağıda tartışılacaktır) giderilmesi gereklidir.

Asgari Bakım Paketi

Dünya Bankası'nın 1993 yayını *Sağlığa Yatırım*, bir "temel klinik paketin" sağlanmasının düşük gelirli ülkelerde kişi başına ortalama 12 ve orta gelirli ülkelerde 22 USD kadar maliyeti olacağını tahmin etmiştir (World Bank, 1993, s. 116). Bu rakam o zaman (ve genelde hâlâ) birçok düşük gelirli ülkenin harcama

düzeylerinin oldukça üstündeydi. Banka'nın temel "asgari paketi"nin dahi 1993 fiyatlarıyla daha yoksul ülkelerin halk sağlığı harcamalarını yılda beş milyar USD'den 20 milyar USD'ye, yani dörde katlamasını gerektireceği tahmin edildi. Ancak Banka uyardı: "İsteğe bağlı klinik sağlık hizmetlerinin -temel paket dışındaki hizmetler- hükümet tarafından finanse edilmesi durumu çok daha zorlayıcıdır. Gerçekte hükümetler hem verimliliği hem de eşitliği, bu hizmetlerin kamusal fonlanmasını azaltarak (veya mümkünse ortadan kaldırarak) iyileştirebilir" (World Bank, 1993, s. 119).

Böyle hizmetlerin kamusal yollardan fonlanmaması gerektiği ve yalnızca *özel* sektörde sunulabileceği kararı, kaçınılmaz olarak çok pahalı olacak bu yükü yoksulların üzerine yükler. Sadece zengin azınlık, büyük çoğunluk tarafından yararlanılamayan ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerine erişebilecektir; ayrıca çok pahalı olduğundan, Dünya Bankası'nın asgari veya temel paket anlayışı gitgide bir *hedef* olarak algılanır hale gelmiştir. Uygulamada Dünya Sağlık Örgütü gibi örgütler için "azami" (Laurell ve Arellano, 1996), öncelikle borç veren ülkeler ve nihayet sağlık için kamu-özel ortaklığı fonlarının küresel olarak yaygınlaşması için bir öncelik olarak ele alınmıştır.

"Asgari paket"e dayalı WDR (Dünya Kalkınma Raporu) politikaları çerçevesi, Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin (MDG) çok sınırlı sağlık taleplerinde ve aynı zamanda dikey bağışıklama ve AIDS tedavisi programlarının dar bakışında kalıcı olmuştur. Bazı ülkeler, Kolombiya ve Meksika'da olduğu gibi yoksulların sübvanse edilerek azaltılmış bir "asgari bakım paketi" alabilecekleri, sosyal sağlık sigortası planları uygulamaya çalışmışlardır. Kolombiya'da bu paket, tam sigorta paketi değerinin % 20'sine eşdeğerdir (Flores, 2006).

Katılım Paylarının Dayatılması

Bu politika, gelişmekte olan ülkelerde benzeri politikalardan sorumlu olanların düşüncesinde, en derinde kökleşmiş olanlardan biridir. 30 Afrika ülkesinde yapılan yeni bir araştırmada 27 ülkede, katılım payının dayatılmış olduğunu saptamıştır (Oxfam International, 2006). DFID tarafından desteklenen 24 öncelikli ülkeden 20'sinde birincil bakım basamağında katılım payı vardır (Witter, 2005, s. 5).

Banka'nın 2004 Dünya Kalkınma Raporu aslında, "mütevazi katkı paylarının aynı zamanda, zengin gruplar tarafından sözümona ücretsiz hizmetlere el konulmasını azaltıp, yoksullara klinik hizmetlere erişme bileti sağlayacağını" savunarak, "hizmetler için ödeme yapmanın güç verdiğini" iddia etmektedir (World Bank, 2003, s. 143). Bu iddia -hiçbir kanıt olmaksızın- yoksulların "mütevazi katkı payını" ödeyebileceğini ve ödemek isteyeceğini, zenginlerin ise, ödeyebilecekleri halde ödeyemeyeceklerini ve ödemek istemeyeceklerini varsayar. Hastaların ücretlerle "güçlendirilebileceği" yanılsaması anneleri, doğum faturalarını ödemeye zorlamak için yeni do-

ğan bebeklerin hastanede tutulduğu Burundi ve Gana'da, hastane faturalarını (Human Rights Watch, 2006) ödeyemedikleri için zorla alıkonulan hastaların anlattıklarıyla giderilmelidir (UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2005; Amanfo, 2006). Schieber (1997) maliyet paylaşımının "ahlaki tehlike" ile savaş için bir araç olduğunu ileri sürmektedir. "Ahlaki tehlike" ücretsiz veya kolayca erişilebilen bir şeyin muazzam istismarını anlatan bir ekonomik kavramdır. Wang'ombe ise iyimserlikle, katılım paylarının "anlamsız talebi" azaltarak "dürüst" insanları caydırdığını öne sürer (Wang'ombe, 1997, s. 151). Ancak, gelişmekte olan ülkelerde veya diğer bağlamlarda anlamsız talebe ilişkin çok az kanıt vardır (Deber, 2000) ve talep azalmasının sağlık hizmetine gereksinimi azaltması gerekmez.

Katılım paylarının, hizmetlerin kalitesinde ve ilaçların bulunabilirliğinde bir iyileşme kaydedilirse gerçekten kullanımda bir artışa yol açabileceği iddialarının geçerliliği, Nijerya'da yapılan bir araştırmada sorgulanmıştır. Bu araştırma ücretler nedeniyle dışlanan yoksul kullanıcıların yerini, toplumun ödeyebilme gücü olan daha zengin kesimlerinin aldığını (eşitlik için geri bir adım) ileri sürmektedir (Blas, 2004, s. 19). Sağlık hizmetine erişimleri muhtemelen engellenecek olanlar, yoksullar ve özellikle kadınlardır. Aslında bu etki herhangi bir satış hasılatı ile maliyeti karşılama programının en tutarlı ve beklenen sonucudur (Creese ve Kutzin, 1995).

Katılım payı alan 31 Afrika ülkesinden sadece dördü ya "verimliliğin" ya da "eşitliğin" bir hedef olduğunu iddia etmiştir (Leighton ve Wouters, 1995). Tanzanya'da bir çalışma, katılım payı programını yönetmek için harcananın, alınan kullanıcı ücretlerinden daha pahalıya mal olduğunu bulmuşken (Kessler ve Alexander, 2004), Honduras'ta katılım payları, toplanan kaynakların üçte ikisi ücret sisteminin kendi yönetimine gittiğinden, Sağlık Bakanlığı'nın gelirlerini % 2'den daha az arttırmıştır (Flores, 2006). Tersine, katılım paylarının kaldırıldığı yerlerde, özellikle Uganda'da, bazı "şaşırtıcı" başarılar görülmüştür (Hutton, 2004).

Dünya Bankası, katılım paylarının dayatılmasının yaygınlaştırılmasında çok önemli bir rol oynamıştır. 1998'e kadar Banka'nın sağlık, beslenme ve nüfus projelerinin %40 kadarı –bu projelerin yaklaşık %75'i Sahra-Altı Afrika'daydı– katılım paylarının uygulamaya sokulmasını veya uygulamaların arttırılmasını içeriyordu (Dunne, 2000). Az sayıda ülke, yoksulları katılım paylarının muaf tutan anlamlı bir sistem kurabildi: Aslında Banka'nın 1993'te mümkün olan durumlarda istisnaları savunmasına karşın, süreç boyunca ana fikri, yoksulların önünde bir engel oluşturmayacak düzeyde bir ücret konması şeklinde kaldı. Banka, belli durumlarda ücretlerin gerçekten bazı hizmetlerin kullanımını arttırabileceği fikrini öne sürmenin yollarını aradı (World Bank, 1993). Ancak bütün gözlemsel kanıtlar, uygulamada katılım paylarının dayatılmasının, hizmetlerin kullanımını azalttığını doğ-

rular gözükmektedir. Gözlenen azalma yelpazesi Kenya'da %52'den (Mwabu, Mwanzia ve Liambila, 1995), Zambia'da % 64'e uzanmaktadır (Kahenya ve Lake, 1994). Böyle kanıtlar Birleşmiş Milletler Toplumsal Kalkınma İçin Araştırma Enstitüsü'nün (UNRISD) "yerel nüfusa gelir sağlamak için önerilen bütün tedbirler arasında bu [katılım payları] muhtemelen en berbat olanıdır" sonucuna varmasına yol açmıştır (United Nations Research Institute for Social Development, 2000; Whitehead, Dahlgren ve Evans, 2001, s. 834).

Katılım paylarının bir değişik modeli ücretlerin, yerel olarak harcanıp kontrol edilen ve yerel topluluğun sahip olduğu "döner sermayelere" gittiği Bamako Girişimi (BI) olmuştur. Bu model halen Benin, Mali ve Guyana'da sürdürülmektedir. Ancak, "bü üç ülkenin hepsinde yoksulların büyük bir bölümü hâlâ kilit sağlık hizmetlerini kullanamamaktadır" ve Bamako Girişimi sağlık merkezleri, zenginler için bir hizmet haline gelmiştir (Blas, 2004). 20 yıl sonra Guyana'da BI sistemine hükümet sübvansiyonu hâlâ en yoksul olanlardan çok daha zengin olanların yararınadır.

Kuşkusuz katılım paylarının kaldırılmasının, yalnızca bir gelir kaynağı yitirileceğinden değil, aynı zamanda büyük bir bastırılmış talep serbest kalacağından, kısa ve orta vadede önemli ek maliyetler getireceği açıktır. Uganda, Zambia ve Güney Afrika deneyimleri (Gilson ve McIntyre, 2005) katılım paylarının kaldırılmasında, uygun bir şekilde hazırlanılmadığı ve kaynaklandırılmadığında, gerçek tehlikelerin olduğunu göstermektedir. Personel, donanım ve diğer malzemelerde uygun artışlar olmadığında, sonuç yerel hizmetlerin boğulması olabilir. Bu nedenle, böyle bir politika değişikliği, katılım payları üzerine Banka'nın "örtü politikası olmadığı" gibi basit genel bir ifadesi yerine, pratik ve malzeme/mali destek gerektirir.

Ooms (2006) daha ileri gider ve yoksullara hizmet planlamada bir ölçüt olarak sürdürülebilirlik "yanılsamasının" bütününe meydan okur. Hizmetlerin sürdürülebilirliği, katılım payları mantığının veya daha az eşitlikçi sonuçlar verdiği gösterilen Bamako Girişimi gibi sosyal sigorta planları mantığının bir parçasıydı. Ooms, en yoksul ülkelerin kendi öz kaynaklarıyla yeterli düzeyde sağlık hizmeti vermeyi sürdürebilmelerinin mümkün olduğuna dikkat çeker ve en zengin ülkelerden, daha uzun vadeli ve garantili yardım gereksinimini vurgular. Sachs, küresel sağlık sistemi reformu üzerine son zamanlardaki bir tartışmada bunu daha da güçlendirir:

> Burada aşırı yoksulluğun değişmez yasalarının işe karıştığının farkına varalım. Tipik bir tropik Sahra-Altı Afrika ülkesinin yılda kişi başına geliri, belki 350 USD'dir. Bu gelirin büyük bölümü parasal gelir olarak kazanılmaktan çok, evde kullanılacak gıda olarak kazanılır. Hükümet iç ekonomiden bu 350 doların %15'ini vergilerle alabilir. Bu, toplam hükümet gelirlerinde (az çok birçok ülkede) yılda kişi ba-

şına 50 doların biraz üzerinde bir rakam oluşturur. Bu ufacık miktar bütün hükümet işlevleri arasında bölünmek zorundadır: Yürütme, yasama ve yargı; polis; savunma; eğitim ve diğerleri. Sağlık sektörü bunun yılda kişi başına 10 dolarını alabilirse şanslıdır; ancak ilkel bir sağlık hizmeti dahi bu miktarın kabaca dört katını gerektirir. (Zengin ülkelerde sağlığa kişi başına kamusal harcama 2,500 USD veya daha fazladır.) Bu nedenle Afrikalıların sağlığı için dış yardım bir lüks değil, bir ölüm-kalım sorunudur (2007).

Özel Sağlık Sigortasının Teşvik Edilmesi

Dünya Bankası ve diğer kuruluşların katılım paylarını desteklemesinin nedenlerinden biri, en yoksul ülkelerde dahi sigorta planlarının ortaya çıkmasını sağlamak oldu: ancak bu yaklaşımın savunucuları dahi bu durumu destekleyen kanıtlar bulmakta güçlük çektiler. Zimbabwe'de sağlık hizmetlerinin finansmanı üzerine "öğrenilen dersleri" inceleyen USAID tarafından fonlanmış büyük bir atölye çalışması, katılım paylarının her türden sigorta planının getirilmesinde yaşamsal olduğu" sonucuna vardı (McEuen ve McGaugh, 1997). Buna karşın, USAID tarafından fonlanan, yaygın Karar Vermek İçin Veri (DDM) araştırmaları, gelişmekte olan ülkelerde uygulanan bu tür sağlık sigortası planlarında yalnızca sınırlı başarı kanıtı bulabilmiştir:[2]

> DDM araştırması... araştırma yapılan nüfusun yalnızca küçük bir oranının herhangi bir sağlık sigortası bulunduğunu ve sigorta planlarının halen toplam sağlık finansmanına anlamlı bir kaynak katkısı yapmadığını belirtmiştir. Mevcut sigorta planları aynı zamanda esas olarak, düşük gelirlilerin veya kırsal nüfusun bu planlara erişimini sınırlamak ve daha zengin gelir gruplarını veya kayıtlı çalışanları kapsama eğilimindedir (McEuen ve McGaugh, 1997).

Banka, topluma dayalı sağlık sigorta planlarını desteklemekte hevesli oldu ancak bunların çoğu çok küçük ölçekli kaldılar. Kenya'da Sağlık Reformu için Ortaklık (PHR) adına araştırılan bir plan, hedef nüfusun ancak binde üçünü kaydedebildi ve 1998'e kadar sadece hastane çalışanlarını üye yapabildi. Böyle diğer planların araştırıldığı Uganda, Tanzanya ve Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde ya çok küçük topluluklar (hacimli bir risk havuzu yaratmak için kaynağı olmayan) hedeflendi ya da anlamlı destek kazanmakta başarısız oldular (Musau, 2008). Örneğin, gelişmekte olan çeşitli ülkelerde sigorta başarısızlıkları üzerine DDM'nin sponsorluğunda yapılan bir çalışma, "Zambia'nın yerel bölgelerinin reform öncesinden daha az fon aldığını ve katılım paylarının erişimi sınırlandı-

[2] Atölye çalışmasına hükümet temsilcileri, sağlık çalışanları, akademisyenler, sivil toplum örgütleri ve Botswana, Gana, Malawi, Mozambik, Güney Afrika, Zambia ve Zimbabwe'den donör kuruluşlar ile Etiyopya, Kenya ve Uganda'dan ilave temsilciler katıldılar (McEuen ve McGaugh, 1997, s. xi).

rabileceğini" buldu. "Ülkelerin çoğunda sigorta reformları, kaynakların genel 'dayanışma havuzundan' özel sigortalar ve daha zengin hastalara hizmet eden özel tedarikçilere kaymasıyla ile birlikte gerçekleşti" (Berman ve Bossert, 2000, s. 10). Gerçekten, 1997'de Banka "maliyet ve özel sağlık sigortasında görülen belirgin pazar başarısızlığı nedeniyle bunun, düşük ve orta gelirli ülkelerde ulusal düzeyde bir risk havuzu oluşturmak için geçerli bir seçenek olmadığı" sonucuna vardı (World Bank, 1997, s. 8).

Sağlık hizmetlerindeki uçurumları kapatmanın bir aracı olarak ideolojik dürtülü, pazar-odaklı politika arayışı Banka'yı, kayıtlı sektör çalışanlarının oranının çok küçük olduğu ülkelerde sosyal sağlık sigortası gibi ve yine kır ve şehir yoksullarını kapsamak için yeterli düşük gelirli aboneleri çekemediği kanıtlanmış küçük ölçekli sigorta planlarının bir yamalı bohçası gibi, araştırmaların etkin olmadıklarını gösterdiği politikaları desteklediği çelişkili bir konuma itti. Ancak, sekiz yıl sonra Banka, en ticari, özel sektör yanlısı kanadı olan Uluslararası Finans Şirketi (IFC) ile birlikte, yine önde gelen neo-liberal akademisyenler ve büyük sağlık sigortası şirketlerinin ve sağlık koruyucu örgütlerin (HMO) yöneticileriyle işbirliği yaparak, düşük gelir düzeylerinde gönüllü sağlık sigortası ekonomisini tartışıyordu (Wharton School, 2008). 2007 sonunda IFC yine 500 milyon USD lik bir "eşitlik yatırım fonu" kurulmasında ve artı McKinsey'in 2016'ya kadar yılda 21 milyar USD lik pazar kestirimine bakarak diğer bir 400 – 500 milyon USD'lik Afrikalıların sağlık hizmetlerinde kâr amaçlı etkinlik gösteren girişimcilere borç veren yerel bankaları finanse etmeye yönelik fonun kurulmasında önderlik etti (Economist, 2007). IFC, yatırımcıların yatırımlarında "güçlü mali geri dönüşler" bekleyebileceğini savunmakta ve ısrarla kâr amaçlı özel tedarikçilere odaklanmaktadır (International Finance Corporation, 2007).

Özel Sektör veya Sivil Toplum Örgütleriyle Sözleşmelerin Teşviki

Bazı borç verenlerin düşük ve orta gelirli ülkelerde özel sektör veya sivil toplum örgütleriyle sözleşme yapma heveslerinin çoğunlukla, ideolojik normları ve borç veren ülkelerin kendilerinde dahi uygulandıklarında seçmenlere ilişkin bazı güçlükler yaratacak örgütsel paradigmaları, kaçınılmaz olarak ortaya çıkacak yönetimsel veya diğer sorunları dikkate almadan, gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere taşıma arzusundan geldiği gözükmektedir.

Küreselleşmeye bağlı hizmetlerin taşeronlaştırılması ("kürek çekmek yerine dümen tutmak") ile bağlantılı, asgari kamu sektörü ve azami özel sektör katılımını amaçlayan, küresel politika görüşmelerine egemen ekonomi ve *yeni kamu yönetimi* felsefesinin bir parçası olmasıdır. Dahası, sözleşmelerin alıcıları muhtemelen, kısmen Avrupa Birliği'nin gelişmekte olan ülkeler tarafından Dünya Ticaret Örgütü Hizmetlerde Ticaret Üzerine Genel Anlaşma (GATS) altında da-

ha fazla serbestleşme taahhüdü vermesi için zorlamasını payandalayan ve küresel hizmetler sağlamakta çıkarları olan çok-uluslu şirketler veya alt kuruluşları olacaktır. Teoride sözleşmeler yalnızca destek hizmetleri değil, aynı zamanda klinik bakımı da kapsayan ve yine kamu veya özel sektör tedarikçilerince sağlanan sağlık sisteminin herhangi bir kısmını düzenlemek için kullanılabilir. Ancak, ortaya çıkan sözleşme kültürü bir dizi çözülmemiş sorun bırakır. Ling'in (2000, s. 99) açıkladığı gibi "sözleşmelerin daima 'boşlukları' vardır; performans göstergeleri daima manipüle edilebilir veya ahlaksızca kullanılabilir ve daha da kötüsü, 'sözleşme kültürü' dürüstlük ve iyi niyetten geçerken, herkes bu fırsatları daha şiddetle sömürmeye çalışır".

Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Tedarikçilerden Satın Alma

Gelişmekte olan ülkeler özelleşmeye ve özel sektörün yaygınlaşmasına ideolojik taahhütleri olan küresel kurumlardan ve güçlü borç vericilerden (özellikle Dünya Bankası ve USAID) gelen baskılarla karşı karşıya kalabilirler (Akin, Birdsall ve de Ferranti, 1987; World Bank, 1993; Skaar, 1998; Mudyarabikwa, 2000; IFC, 2002). Örneğin 1997'de Peru hükümeti, IMF mali desteğinin bir koşulu olarak sağlık hizmetlerini özel sektöre açmıştır. Dünya Bankası ve Uluslararası Kalkınma Bankası'ndan (IDB) Latin Amerika ve Karayip ülkelerine sağlanan borçların çoğu, sağlık sistemlerinde kamu sektörü tedariği yerine özel finansman ve tedariğini desteklemiştir: Nikaragua'ya 1998 yılında verilen bir borç, ücretli hastalar için özel koğuşlar oluşturularak kamu hastanelerinin "modernleştirilmesini" içeriyordu (Armada ve Muntaner, 2004, s. 31-32). Hayranlarının gözünde politikanın sözde albenileri arasında, "özel sektörün daha büyük olan esnekliğini ve genelde daha iyi olan ahlakını kullanmayı" ve "etkinliği ve verimliliği arttırmak için rekabeti kullanmayı" kolaylaştırması vardır (Loevinsohn ve Harding, 2005). Ancak geniş ölçüde USAID tarafından fonlanmış bir literatür değerlendirmesi "sağlık hizmetlerinin taşeronlara verilmesinin sıklıkla tavsiye edilen bir politika olduğunu, fakat etkinliğine ilişkin kanıt olmadığını" belirtmiştir (Rannan-Eliya ve Somanathan, 2005, s. 9). Destekleyici kanıt olmayışı USAID'i caydırmamıştır. USAID'in Özel Sektör Ortaklıkları (PSP) web sayfası Endonezya'daki değişimleri takdirle karşılar: Endonezya "kamusal sektör ağırlıklı pazar payını özel sektöre başarıyla dönüştürmüştür. Endonezya vaka çalışması, özel sektörün Üreme Sağlığı/Aile Planlaması pazarına girmesini özendirmek için uygulanan politika ve programları incelemektedir" (USAID, 2008).

Ancak sağlık hizmetlerinin özel tedariği, sıklıkla yoksul ailelerin erişemeyecekleri daha yüksek maliyetlerle, niteliği düşük bakımı birleştirir. Dahası, McPake ve Mills (2000, s. 813) kâr amaçlı özel sunucuların "halk sağlığına ilişkin" hizmetleri hatta bağışıklama hizmetlerini nadiren sunduklarını bulmuştur. Bunun

yerine "genelde gereksiz ilaç yazarlar" ve aşırı, gereksiz teknoloji kullanmaya eğilimlidirler. Gelişmiş ekonomilerden (Birleşik Krallık) ve Tayland gibi bazı gelişmekte olan ülkelerden elde edilen kanıtlar, verimliliği arttırmak bir yana, kamu tarafından fonlanan bakımın özel sektör sunucularından satın alınmasının maliyetleri arttırmaya hizmet ettiğini ve bu nedenle sınırlı kamusal sektör bütçesinin kaynaklarını boşalttığını göstermektedir (Brugha ve Zwi, 2002; Lister, 2008; Player ve Leys, 2008).

Özel Sektörün Azami Katılımı

Dünya Bankası ve USAID, kar amaçlı ve kar amaçlı olmayan özel sunucular arasında açık ayrımlar çizmeksizin, özel sektörün işbirliğini daha fazla arttırmak istemektedir. Axelsson, Bustreo ve Harding (2003) kanıtsız olarak, "özel sektörün kamusal sektöre göre daha fazla maliyet etkin" ve kâr amacından dolayı daha "verimli" olduğu varsayımlarını açığa çıkartmışlardır (Skaar, 1998). Hükümetler özel sektör hizmetlerini satın almaya, düzenlemeye ve bazı durumlarda sübvanse etmeye bel bağlayacaklardı. Banka'nın ticari borç verme kolu olan ve kar amaçlı özel sektörü açıkça destekleyen Uluslararası Finans Şirketi (IFC) "çeşitli ülkelerde son zamanlarda yapılan sağlık reformlarının çoğunun amacının, özel sektörün rolünü bakımın finansörü olmaktan çok sağlayıcısı olarak arttırmasını" sıcak karşılamaktadır (IFC, 2002, s. 3).

IFC yalnızca mali bakımdan tutarlı (kârlı) projeleri desteklemektedir. Stratejisi esas olarak özellikle daha yoksul ülkelerde özel pazarın "en olgun" olduğu kentsel alanları merkezine almaktır (IFC, 2002, s. 36). IFC "sağlıksızlığa karşı mali korumaya ve orta sınıfın güçlendirilmesine katkıda bulunmak" ister ve en yoksulların sağlığına çok az ilgi duyar (IFC, 2002). Şimdi Afrika'yı sağlık hizmetlerinin kar amacı temelinde sağlandığı genişleyen ve potansiyel olarak kârlı bir pazar olarak görmektedir (IFC, 2007).

Ancak, kâr amacı gütmeyen özel sektör tedariği dahi merkezi olarak fonlanan kamusal sistemlerden daha fazla verimli olmayabilir (hatta *daha az* verimli olabilir). Örneğin Orta Amerika'da en başarılı bulunan ve nüfusun yüzde 90'ından fazlasını kapsayan temel sağlık hizmeti sunan bir ülke olan Kosta Rika, sağlık sisteminin özelleştirmesi için Banka'nın baskısı altındaydı. Ancak Kosta Rika'nın 1990'lar başındaki kâr amacı gütmeyen kooperatiflerle deneyimi, ülkeye bunların en pahalı ve daha az verimli olduğunu, üstelik kalite bakımından genel kamusal sektör hizmetlerinden daha iyi olmadığını göstermişti (Homedes ve Ugalde, 2005).

Özel sektör katılımına ilişkin kanıt niteliğindeki kasvetli raporlar Banka'nın şevkini bir şekilde kırdı. 2004 *Dünya Kalkınma Raporu*'nun sağlık bölümünde, pazar başarısızlığının ve özel sektör tedarikçilerinin eksikliklerinin altını çizen

bir dizi pasaj yer aldı. 2004 Dünya Kalkınma Raporu açıkça, her şekilde "tek beden herkese uyar" sistemini reddetmekte ve ademi merkeziyetçiliğe, rekabete, özelleştirmeye, kullanıcı ücretlerine veya bir zamanlar sağlık politikası dayanakları olan ve ticari IFC borç verme koluyla varlığını sürdüren pazar-tarzı mekanizmalara az vurgu yapmaktadır.

Mevcut Kamu Sektörü Hizmetlerinin Özelleştirilmesi

Bugüne dek kamusal kuruluşlar tarafından sunulan hizmetlerin özelleştirilmesi, ademi merkeziyetçiliğe veya işletmeleşmeye gidişler ile bağlantılı olabilir (Preker ve Harding, 2000; Sein, 2001) veya Yeni Kamu Yönetimi ve politika reformunun diğer yönlerinden gelebilir.

Bazı Dünya Bankası ekonomistleri özelleştirmeyi, hastanelerin "özerkleşmesi" ve işletmeleşmesi dedikleri gelişmenin doğal süreci olarak görmektedirler (Preker ve Harding, 200). Ancak daha ileri ekonomilerde veya eski Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa'nın geçiş ekonomilerinde dahi sağlık tesislerinin tam olarak özelleştirilmesi gerçekleştirilememiştir. Şili'de Pinochet rejimi 1990'a kadar sağlık harcamalarını zorla, 1974'teki düzeyinin %34'üne indirmiştir. 1981 ve 1992 arasında özel yatakların oranı iki katından fazla (%25) artmıştır. Ancak askeri diktatörlük altında ve "otoriter neo-liberalizmin" zirvesinde dahi Pinochet bütün sistemi özelleştirmekten geri adım atarak hastane yataklarının %75'ini kamu sektöründede bırakmıştır (Taylor, 2008).

Kamu-Özel Ortaklıkları

Pazar baskılarına farklı bir uyum, Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yeni ortaya çıkan Küresel Kamu Özel Ortaklıkları (GPPPs) kavramında bulunabilir (Buse ve Walt, 2000). 2001'e kadar böyle yaklaşık 70 ortaklık tanımlanmıştır. Bunların çoğu ilaç firmalarını ve araştırma projelerini kapsamaktadır (Buse ve Waxman, 2001; Evans ve Chen, 2002).

Bu tutum Sivil Toplum Örgütleri arasında ve Dünya Sağlık Örgütü'nün kendi yapısı içinde tartışmalı olmuştur. Eleştirmenler Dünya Sağlık Örgütü'nün, 2004–2005'te bütün kaynaklarından yılda 1,7 milyar USD'lik (2013'e kadarki altı yıl boyunca yılda ortalama 2,4 milyar USD'ye yükselerek), büyük çoğunluğu gönüllü bağışlardan ve özgün sağlık girişimlerinden yılda 500 milyon USD'lik artışlarla gelen küresel bütçesiyle (Director-General, 2008; WHO, 2008), en zengin ilaç şirketleri ve özel işletmelerden gelen politik ve ekonomik baskılara karşı savunmasız kaldığına, bunun da potansiyel olarak herhangi bir "ortaklığı" derinden eşitsiz kıldığına dikkati çekmektedirler (Hardon, 2001). Aynı zamanda, özel kesimce desteklenen kampanyaların, aşı üretiminde yerel kapa-

sitelerin azalması ve şüpheci kamuoyunun ucuz ürünün bayağı olacağına ikna edilmesi sonucu yerel jenerik ürünlerin reddedilmesi ile sonuçlanabileceğine ilişkin korkular vardır (Hardon, 2001). Gelişmekte olan ülkelere, ileri ekonomilerde sağlıkta kazanım sağlamış herhangi bir modern tıbbi teknik sağlama girişimi, aynı zamanda ilave modern, iyi donanımlı hastaneler ve uzman personel gelişimini de gerektirecektir –ancak bunun için kaynaklar ve taahhüt yoktur (bakınız Bölüm 7 ve 9).

Rakip Hizmet Sağlayıcılar Arasında Rekabet

Rekabet koşulları yaratmak için merkezi sistemler kırılmalı ve ademi merkezileştirilmelidir. Rekabetin, kendisiyle birlikte yeni işlem maliyetleri biçiminde ek yükler getirmesine karşın Banka, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında gerçek rekabet oluşturma olanakları, hatta rakip sağlık fonları arasında "yönetilen rekabet" büyük ölçüde daha zengin ülkelerle sınırlı olmasına rağmen, 1987 ve 1993 politika belgelerindeki rekabetçi, pazar-tarzı politikalarla özel sektörün azami kullanımının bütün ülkelerde ve koşullarda sağlık sistemlerinin reformu için genel formül olduğu yolundaki varsayımını açıkça terk etmemiştir.

Gelirlerin kalıcı olarak düşük olduğu kalkınmakta olan ülkelerde pazar-yanlısı reformcular, kamu tarafından sağlanan hizmetlerin en zengin hizmet kullanıcıları dahil herkese ücretsiz olarak açık olması durumunda, hizmet sunucular arasındaki rekabetin ortadan kalkacağından korkmaktadırlar. Bunun, zengin ve orta sınıfları ya özel sigorta planlarına ödeme yapmaktan ya da alternatif özel hastaneleri kullanmaktan caydıracağını iddia etmektedirler (Shaw ve Ainsworth, 1995). Bir dereceye kadar rekabetin varlığı dahi, yoksullara hiçbir şekilde olumlu ve uzun erimli sağlık hizmetini garantilemez. Tanzanya'da USAID tarafından fonlanan bir çalışma, kırsal alanlarda rekabetçi kâr amaçlı özel sağlık hizmeti tedariğinin olmayışının, derinden eşitliksizlikçi olduğunu belirtmektedir (Munishi, Yazbeck ve Lionetti, 1995).

Ademi Merkeziyet – Tek Beden Herkese Uyar mı?

Ademi merkeziyet istemi, zengin ve yoksul ülkelerde sağlık sistemi reformunu savunan birçok çalışma ve raporda geçen bir temadır. Bu "sağlık reformu için ana strateji olarak genel kabul görmektedir" (Rannan-Eliya, van Zantern ve Yazbeck, 1996, s. 5; Valentine, 2008).

Kuramda, "gücü, umursamaz ve verimsiz merkezi bürokratlardan halka devretme" kavramına karşı çıkmak zordur (Homedes ve Ugalde, 2005). Ancak, jenerik sağlık reformu reçetesinin herhangi bir ögesi kadar, ademi merkeziyetçilik de her ülkede özgün gereksinimlere ve politik ve toplumsal gerçekliklere uyar-

lanmalıdır. Ademi merkeziyetçiliğin sonuçlarının da niyetlenilenlerden çok farklı olduğunu USAID tarafından fonlanmış Sağlık Reformu için Ortaklık konusunda geniş bir literatür değerlendirmesi ortaya koymuştur:

1. Yerel düzeyde hizmet sunumunun kontrolü yoksulların gereksinimlerine merkezi hükümetten daha az duyarlı olan elitler tarafından ele geçirilebilir.
2. Genellikle kentsel topluluklar, kırsal topluluklardan politik olarak daha etkilidir ve bu nedenle kaynakların daha büyük bir payını tutabilecek şekilde konumlanmışlardır.
3. Ademi merkeziyetçilik yerel düzeyde yozlaşmaya yeni kapılar da açabilir.
4. Yeni sistem kendisini yerel yönetimsel beceriler ve uzmanlığın yokluğu ile boğuşma içinde bulabilir.
5. Ademi merkeziyetçilik aynı zamanda çalışanlarına daha az eğitim ve beceri ve daha düşük bakım kalitesiyle hizmet veren, daha küçük ölçekli ve daha yetersiz donanımlı sunucular anlamına gelebilir.
6. Daha küçük örgütler, büyük tedarikçilerle görüşmelerde potansiyel pazarlık gücünü ve sürüm ekonomisini (economies of scale: büyük ölçekte üretim nedeniyle maliyetlerin azalmasından sağlanacak kazançlar ç.n.) yitirirler.
7. Daha küçük ölçek, daha yerel yapılar hemen hemen kaçınılmaz olarak sağlık emekçilerinin koşulları bakımından eşitsizliklerle mücadelede daha dar bir kapsam sunarlar (Rannan-Eliya et al. 1996, s. 5-6).

Yerel hastanelere ve sağlık hizmetlerine yerel kaynak toplama yetkisi verilmesi zengin bir bölgede yerel girişimci yeteneğini açığa çıkartabilir fakat daha yoksul varoşları ve kırsal sağlık hizmetlerini kalıcı ve yetersiz fonlanmaya ve ikinci-sınıf konuma mahkum edebilir (Mackintosh, 2001; Homedes ve Ugalde, 2005). Örneğin Meksika'da bir IDB raporu, ademi merkeziyetçiliğin yoksullar için temel ve hastane hizmetlerinin nicelik ve niteliğinde ciddi bir düşüşe yol açtığını bulmuştur (Homedes ve Ugalde, 2005, s. 87). Ademi merkeziyetçiliğin sonuçları "en iyi, olumlu ve olumsuz sonuçların karışımı" olmuştur (Bossert, 2000, s. 3).

Ticarileştirme

Ademi merkeziyetçiliğin ötesine geçerek özerk, kendi başına ayakta duran yerel sağlık hizmeti sağlayıcıları oluşturmak pazar-tarzı reformların savunucuları arasında ivme kazanmaktadır (Preker ve Harding, 2003). Gelişmiş ülkelerde bu yeni değildir. İngiliz hükümetinin piyasalaştırma önlemleri, hizmet sağlayıcı birimleri hizmet satın alıcılardan ayırmış ve ilki 1991'de faaliyete geçen "kendi-

kendisini yöneten tröstlere" yol açmıştır. Yeni Zelanda hükümeti de 1990'ların başında aynı yolu denemiş ve oldukça karmaşık sonuçlar almıştır (Lovelace, 2003). İspanya ve İsveç'te (ve şimdi İngiltere'de) "Vakıf Hastaneleri", kendi kararlarıyla borçlanma ve özel sektörle sözleşme yapan, kendi kendini yöneten "işletmeleşmiş" girişimler olarak hastaneleri değiştirmekte çok ileri gittiler. Bu tür özerklik, İsveç'te bir hastanede olduğu gibi, özerkleşmenin tam özelleşmeye basitçe bir geçiş noktası olduğunu kanıtlayabilir (Busse, van der Grinten ve Svensson, 2002). İsveç hükümeti daha sonra sağlık hizmetlerinin daha fazla özelleştirilmesini yasaklamıştır. Brezilya'da hastane özerkliği bakım kalitesini iyileştirmezken (Homedes ve Ugalde, 2005), hastane özerkleşmesi konusunda göreli sınırlı deneyimleri olan Arjantin, Şili, Uruguay, Ekvator ve Tunus'u kapsayan diğer ülkeler karma ve genel olarak zayıf sonuçlar almışlardır (Preker ve Harding, 2003).

İleride tartışacağımız gibi bu politikalar tek başına küreselleştirme güçlerine atfedilebilir. Ulusal, demografik ve teknolojik faktörler ve uluslar içindeki elitlerin politik tercihleri ve istekliliği de bu politikaların benimsenmesini etkiler. Bununla birlikte sağlık sistemlerini etkileyen biricik küresel baskılar dizisi vardır: Ticaret anlaşmalarının baskıları.

Meta Olarak Sağlık: Sağlık Hizmetlerinde Küresel Ticaret Baskısı

Yüksek gelirli ülkelerin çoğunda ve bazı orta gelirli ülkelerde hizmetler giderek artan bir şekilde önemli ekonomik bir rol almaktadır. Hizmetleri kapsayan kilit ticaret anlaşması, böyle hizmetlerin bütün türlerinde özellikle ticareti arttırmak için tasarlanmış olan Dünya Ticaret Örgütü'nün Hizmetlerde Ticaret Üzerine Genel Anlaşması'dır (GATS). Bu ticaretin dört "koşulu" vardır (sağlık hizmetlerinden örneklerle):

1. Hizmetlerin sınırları aşan sunumu (laboratuar tetkikleri, tele-sağlık)
2. Hizmetlerin yurtdışında tüketimi (sağlık turizmi/tıbbi turizm)
3. Ticari oluşumun varlığı (özel sağlık sigortası veya tesislerde yabancı yatırımcılar)
4. Kişilerin varlığı (sağlık çalışanlarının bir ülkeden diğerine geçici hareketi için özel GATS vizeleri).

Kilit kaygı, sağlık için önemli sektörlerde hizmetlerin ticaretinin serbestleşmesinin etkisidir: Sağlık hizmeti, eğitim, su ve hijyen. GATS yanlıları bu hizmetlerde serbestleşmenin net bir kamusal sağlık kazanımı veya kaybı oluşturup oluşturmamasının, ülkenin bu etkileri yönetmek üzere oluşturduğu ülke içi düzenleyici yapılara bağlı olduğunu iddia etmektedirler (Adlung ve Carzaniga, 2002). Bu doğru olabilir. Fakat 2000 Dünya Sağlık Raporu, sağlık hizmetleri ba-

kımından "çok az ülkenin sağlık hizmetlerinin özel finansmanı ve sunumunu düzenleyen yeterli strateji geliştirdiği" konusunda uyarıda bulunarak, "pazarın kötüye kullanımının neden olduğu zararın sonradan düzeltilmesinin zor olduğunu" belirtmektedir (World Health Organization, 2000).

Sağlık ve diğer temel kamusal hizmetler, temel insan gereksinimlerini diğer birçok hizmetin karşılamadığı bir şekilde karşılar ve GATS altında verilen taahhütler, esas olarak ticarileştirmenin mevcut düzeylerini hizmet sektöründe sadece artacak, asla azalmayacak şekilde serbestleştirme vizyonuyla ticari katılımın kapsamını sınırlarlar. Bütün Dünya Ticaret Örgütü üye ülkeleri için tüm hizmet sektörlerini ilerleyen şekilde serbestleştirmek için görüşmelere devam etme şartı olmasına karşın, ülkeler bazı sektörlerde taahhüt vermeyi ve diğerlerinde vermemeyi seçebilirler. Çok az gelişmiş ülkenin hatırı sayılır sağlık hizmetleri taahhütleri vermiş olmasına karşın (bazıları, örneğin Kanada niyetlerinin hiçbir zaman bu sektörde taahhüt vermemek olduğunu açıkça belirtmiştir), birçok gelişmekte olan ülke genellikle yüksek gelirli ülkelerce belirlenenlerden daha az sınırlamalarla ve sonuçların tam olarak farkında olmaksızın taahhüt vermiştir (Aldung ve Carzaniga, 2006). Bu sonuçlar yabancı yatırımcıların veya hizmet sağlayıcıların ülkenin iç pazarına erişmeleri reddedilirse ticari anlaşmazlık çözümü süreci başlatma talebi hakkını kapsar; bu nedenle ülke içindeki aktörler için benzer fırsatları reddetmek politik olarak olanaksız olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde özel yatırım ve sunumu arttırma tedbirleri, genellikle bunların kamusal kaynakları daha etkin ve yoksulları kayıracak şekilde "özgürleştirdikleri" temelinde savunulurlar. Ancak ağırlıklı kanıtlar aksini göstermektedir: Sağlık hizmetlerinin veya sigortasının ticarileştirilmesi, erişimde (Barrientos ve Lloyd-Scherlock, 2000; Bennett ve Gilson, 2001; Cruz-Saco, 2001, Barrientos ve Lloyd-Scherlock, 2003; Hutton, 2004) ve aynı zamanda sağlık çıktılarında (Koivusalo ve Mackintosh, 2005) eşitsizlikler yaratmaktadır. Şimdiye kadar bu bölümün bir kısmı bu iddiayı çürütmüştür. Sınır-ötesi sağlık hizmetleri ticaretinde Tayland deneyimi daha öte ve daha özgün uyarılar sağlamaktadır.

Tayland GATS kapsamında sağlık hizmetlerinde taahhütler vermemişti ancak 1990'ların başından itibaren sağlık hizmetlerinde, özellikle özel kentsel hastanelerin ve sağlık turizminin arttırılmasında küresel ticarete etkin olarak katıldı. Bu, özel hastanelere yatırımı vergi teşvikleri yoluyla kolaylaştırarak, çoğu Japonya, Birleşik Devletler, Tayvan, Birleşik Krallık ve Avustralya gibi yüksek gelirli ülkelerden, fakat aynı zamanda gittikçe artan bir şekilde Orta Doğu'nun petrol zengini uluslarından tedavi edilen yabancı hasta sayısında hızlı ve hatırı sayılır bir artış sağladı. 2001'de bir milyondan fazla yabancı hastanın hem özel hem de kamusal tesislerde (daha çok özel olanlarda) tedavi edildikleri tahmin edilmiştir. Hükümet politikası yabancı hastaların sayısını arttırmaya devam etmektir.

Dört veya beş Taylandlıya hizmet için kullanılan kaynaklara eşdeğer olabilen bir yabancıya hizmet için kullanılan kaynaklar, 2001'de 3 veya 4 milyon Tayland'lı hastaya eşdeğerdir. Tayland hükümeti yabancı hastalar ve iç beyin göçünün yarattığı artan sağlık çalışanı talebini karşılamak için, 2004 yılında, gelecek 15 yılda hekim sayısını 10 binden fazla arttırmak için bir politika onayladı. Bu tedbir gelecekte oluşacak hekim azlığınını kısmen giderebilir fakat acil gereksinimleri veya tıp turizmiyle yaratılan gelirlerin yerel nüfusun yararına nasıl daha iyi dizginlenebileceği sorununu yanıtlamaz (Pachanes ve Wibulpolprasert, 2006).

Tıp turizmindeki hızlı büyüme (yılda %30'un üzerinde tahmin edilmektedir) Tayland'la sınırlı değildir. Deniz aşırı özel veya özel sigortalı hastalar için özel hastanelerini arttıran diğer ülkeler Hindistan, Singapur, Güney Kore ve Filipinler'dir. Böyle hastaneler giderek kalite düzeylerini, yüksek gelirli ülkelerdeki hastanelerle karşılaştırılabilir kılmak için ISO veya diğer sertifikasyon biçimleri arayışına girmişlerdir. Gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere sağlık emekçisi (esasen çoğu yaşlılar için özel bakımevlerinde çalışacak olan hemşireler) akımıyla birlikte, bedelini ödeyebilenler için hızla küresel bir özel sağlık sistemi yaratıldığına tanık olmaktayız. Bunun özel sistemin aksine, ulusal sınırlar içinde sınırlı kalan kamusal sağlık sistemleri üzerine uzun erimli etkileri, özellikle bu özel akıştan yarar bekleyen kamusal sağlık sistemleri ve sağlık çalışanları yetersiz ülkelerde sıkıntı vericidir.

Hükümetler sağlık sistemlerinin bazı bileşenlerinde ticarileştirmeyi denemek isteyebilirler. Ancak sağlık hizmetlerinde özel yatırım ve sunumunu sağlıkta eşitliği geliştirecek şekilde düzenleme yeteneklerini gösterilmedikçe, bağlayıcı ticaret anlaşmalarında herhangi bir taahhüt vermekten kaçınmalıdırlar. Dünyanın herhangi bir yerindeki herhangi bir hükümetin bu sınavı verdiği kesin değildir. GATS ile ilişkili olarak Güney Afrika deneyiminin altını çizdiği daha öte politik ve etik kaygılar vardır. Ülkenin ayrımcı rejiminin son eylemlerinden biri, sağlık hizmetlerinde ticareti tamamen serbestleştirme taahhüdü vermek olmuştu. Ayrımcı rejim sonrası hükümet, daha sonra belli sağlık haklarını garantileyen ulusal yasalar yaptı. Bu yasalar, diğer koşullar yanında, hizmet sağlayıcılarına ülkenin farklı kısımlarında bir yer açmadan önce, gereksinim belirlemesi yapmasını gerektiriyordu. Erişimde eşitliği iyileştirme niyetinde olan bu uygulama, ülkenin GATS taahhütlerini ihlal ederek, oldukça maliyetli anlaşmazlıklara açık bırakmaktadır (Sinclair, 2005). Böyle bir sonuç (şimdilik yalnızca potansiyel bir sonuç) bazılarının sağlık hizmetleri üzerine mevcut GATS taahhütlerini iptal etme ve takip eden görüşmelerin kapsamından sağlık hizmetleri çıkartma çağrısı yapmalarına yol açacaktır (Woodward, 2005).

Küreselleşme Sağlık Sektörü Reformlarının Gerçek Güdüleyicisi midir?

Bu bölüm şimdiye kadar, sağlık sistemlerinde hakim değişim veya "reform" kalıbını incelemiştir ve bir ortak özellik ortaya çıkmıştır: Değişimlerin ulusal liderler ve politika yapıcıların küresel eğilimlere uyma isteklerinden mi çıktığı yoksa küresel kurumlar tarafından mı dayatıldığı noktasında, hiçbir politika ana menüsü doğrudan küreselleşmeden çıkmamaktadır. Kuşkusuz neo-liberalizmin egemenliği, uluslarüstü şirketlerin ve en varlıklı OECD ülkelerinin ekonomik ve ideolojik baskınlığını yansıtmaktadır. Bu aynı zamanda orta ve düşük gelirli ülkeler üzerinde uluslararası mali kurumlar ve donör kuruluşlar yararına bir "reform" hattına boyun eğmeleri için artmış politik baskıyla da sonuçlanabilir.

Ancak sağlık sistemi reformlarının kontrol listesinde böyle tavsiyeler ile ilişkili en önde yer alan politikalar, kendi başlarına, dışsal küresel baskılara karşı mantıksal veya gerekli yanıt değillerdir. Mevcut kanıtlar bu politikaların daha verimsiz veya daha maliyet-etkin yönetimle sonuçlanmadığını düşündürmektedir. Bunlar maliyetleri azaltmaz, *arttırır*; verimliliği arttırmaz, *engeller*. Amaç hükümeti ve diğer harcamaları kısıtlamak veya daha rekabetçi olmaksa, herhangi bir ülke bu pahalı "reformlardan" kaçınmak için daha iyisini yapabilir.

Politikalar hastalık yüküne ve sağlık gereksinimlerine uygun bir yanıt da değildir. Örneğin bir avuç Banka belgesi dışında bütün çalışmalar ve projeler, ruh sağlığı hizmetleri sorununu ruh sağlığı için dehşet verici kaynak yokluğuna karşın, tamamen ihmal etmektedir (WHO, 2001; Beeharry, Whiteford, Chambers ve Baingana, 2002). Benzer şekilde yaşlı insanların hızla artan sağlık gereksinimleri sorunu da ihmal edilmektedir (Lloyd-Sherlock, 2005). Bunun yerine tercih edilen reformlar menüsü "tek beden herkese uyar" ideolojik yaklaşımından çıkartılmaktadır ve bunların oluşturulmasında hiç rolleri olmayan ya da çok az olan ulusal hükümetler tarafından çeşitli taahhüt ve ikna derecelerinde uygulanmaktadır.

Öyleyse, küreselleşmenin kendisi sağlık sistemlerini yeniden şekillendiren reformların ve politikaların doğrudan kaynağı değilse, bunun sağlık hizmetleri üzerine etkisi en iyi nasıl anlaşılabilir? IMF ve Dünya Bankası'nın modern Keynesçi eleştirmeni olan Stiglitz, küreselleşmeyi "ulaşım ve iletişim maliyetlerinde devasa azalmaların neden olduğu dünya ülkelerinin ve halklarının daha yakın bütünleşmesi ve mal, hizmet, sermaye, bilgi ve bunlara oranla daha az ölçüde insanların sınırları aşabilmeleri önündeki yapay engellerin yıkılması" olarak tanımlamaktadır (Stiglitz, 2002, s. 9).

Stiglitz küreselleşmeye ilişkin neyin yanlış gittiğini anlamak için "küreselleşmeyi yöneten üç kuruma: IMF, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü"ne dikkat çeker (2002, s.10). Stiglitz 1980'lerin başında üst düzey yöneticilerinin, yerlerine Ronald Reagan yönetimi tarafından neo-liberaller atanmak suretiyle "tasfiye edilmesini" takiben Dünya Bankası'ndaki ani vurgu değişikliğine de işaret

eder. Bir zamanlar gelişmekte olan ülkelerde pazarların başarısızlığını sorgulayan ve yoksulluğu azaltmak için devlet eylemine odaklanan bir örgüt, "devleti sorun olarak" gören bir örgüte dönüştürülmüştür; IMF'de de benzer büyük bir değişim olmuştur (Stiglitz, 2002, s. 13-14).

İki küresel kurumun üst düzeyindeki bu değişimlerin gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde büyük ve kalıcı bir etkisi olmuştur. Stiglitz'in yaklaşımı izlenerek sağlık sistemleri üzerine küreselleşmenin etkileri, en açık şekilde, Dünya Sağlık Örgütü ve yeni donör kuruluşlar (Bill ve Melinda Gates Vakfı, AIDS, Tüberküloz ve Sıtma ile Savaş Küresel Fonu -GFATM-, Başkan'ın AIDS Yardımı için Acil Planı -PEPFAR-) dahil küresel kurumların, düşük ve orta gelirli ülkelerde mali bakımdan bağımlı hükümetler üzerindeki etkileri analiz edilerek tanımlanabilir. Bunun aksine, hükümetleri gelişmiş sağlık sistemleri bağlamında karar verirken daha geniş bir özerkliğe sahip olan fakat aynı zamanda da halkın beklentilerinden gelen daha büyük politik baskılarla karşılaşan OECD ülkeleri, çoklukla daha sınırlı ve dikkatli reform yolları planlamışlardır.

Faraziye Nerededir?

Gittikçe artan eleştirel ve bağımsız büyüyen literatür, 1980'lerin başından beri Dünya Bankası/IMF ortodoksisinin merkezinde kanıtlanmadan kalan varsayımları sorgulamaya başlamıştır. Son örnekler özel tedarikçilerin kamu sektöründen daha verimli olduğu (Hsiao ve Heler, 2007) dahil, sağlık sistemleri üzerine sık rastlanan beş efsanenin çürütülmesini ve Wagstaff'ın sosyal sağlık sigortasının sınırlılıklarının eleştirel değerlendirmesini (2007) kapsamaktadır. Ancak çok az ülkenin alternatif bir yol izlemek için politik isteklilik ve maddi/insan kaynakları bileşimine sahip olması nedeniyle, farazi bir incelemeyi desteklemekte kanıt bulmak çok kolaydır.

Büyük ölçüde hipotetik olmalarına karşın bazı faraziyeler ekonomik bir temel üzerinden tahmin edilmiştir. Sri Lanka'da, 1947-1977 arasında 30 yıl bir sıtma eradikasyonu planı uygulansaydı, ekonomik yararı olurdu tahmini yapılmıştır: Bu tahmin ulusal gelirlerin yalnız 52 milyon USD maliyetle, 7,4 milyar USD artacağını hesaplar (Sabri, 2004). Bir kısmı bağımsızlıklarını kazandıktan hemen sonra, kullanım noktasında bedava olan, kamusal olarak finanse edilen ve 1960-70'lerin başında azımsanamayacak bir ekonomik büyümeyle desteklenen sağlık hizmeti kurma fırsatı bulduklarından, Dünya Bankası ve IMF Yapısal Uyum Programları'nın baskıları olmasaydı, birçok Sahra-Altı Afrika ülkesinin sağlık hizmetleri bakımından neye esinleneceklerine ilişkin iyi bir fikrimiz vardır. Bu ülkelerin çoğu –Kenya, Uganda, Zimbabwe ve 1979 sonrası Nikaragua gibi- yaşam beklentisi ve çocuk ölümlerinin azaltılmasında azımsanmayacak kazanımlar elde ettiler (Gatheru ve Shaw, 1998; Birn, Zimmerman ve Garfield, 2000; Colgan, 2002).

Aksine, 1980'lerden beri sağlık hizmetlerinde devlet harcamalarını kısıp katılım payları dayatan yapısal uyum programlarını uygulayan hemen bütün ülkelerde sağlık çıktıları gerilemiştir. Bununla beraber bunun sadece sağlık politikasının sonucu olmadığını kabul etmek gerekir: Aynı dönem, aynı zamanda keskin ekonomik gerileme ve zayıflayan sağlık sistemlerinin hiçbir şekilde önünü kesme durumunda olmadıkları HIV/AIDS epidemisinin başlama dönemiydi.

Destekleyici zayıf kanıtlarına rağmen, en azından bütünlüklü bir muhalefet olmadığından, olasılıklar pazar-yönelimli sağlık sektörü reformu yararına kümelendirildi. Yeates (2001, s. 29), Dünya Bankası veya IMF'ye eşdeğer ekonomik güç ve etkide herhangi bir "sosyal demokrat veya yeniden dağıtımcı gündem geliştiren" uluslararası kurumun "bulunmaması"nı belirtir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sesi, borçlanma koşulları ve uluslararası mali kuruluşların kredi notlarıyla veya bir proje için USAID fonunu garantilemekle meşgul hükümetlerce kolayca ihmal edilebilir.

"Farazi" bir modeli destekleyecek somut bir kanıt yokken, Banka'nın kendisi kendi 2004 Dünya Kalkınma Raporu'nda Küba sağlık sisteminin, ülkenin Banka'nın sağlık sistemi reformun ana hatlarının her birini çok açık bir şekilde reddetmesine karşın, çarpıcı başarısını kabul etmiştir. Küba sağlık sistemi merkeziyetçi, millileştirilmiş ve bütün kullanım noktalarında (reçetelere katkı payı hariç) ücretsiz kalarak, devlet gelirlerinden fonlanmış ve yaygın ve etkin bir temel sağlık hizmetleri ve halk sağlığı ağı ile yüksek teknolojili hastane tedavisini bir araya getirmeyi başarmıştır. Anlamlı bir ekonomik büyümenin yokluğunda, 40 yıllık bir Birleşik Devletler ekonomik ambargosuna rağmen ve Sovyet ekonomik desteğini yitirdikten 16 yıl sonra Küba gayri safi ulusal hasılasının % 6.6'sını sağlık hizmetlerine harcamayı sürdürerek, yaşam beklentisini yükseltmiş, çocuk ölümlerini Kanada ile kıyaslanacak düzeyde ve Birleşik Devletler'inkinden daha iyi olacak şekilde azaltmıştır (PAHO, 2008).

Küba'nın eşsiz politik bağlamı, birkaçı diğer sektörlerde ekonomik fedakarlıklar gerektiren böylesi radikal politikalar ve öncelikler dizisine 40 yıl boyunca bağlı kalmaya istekli bir önderliğe sahip diğer gelişmekte olan ülkelere konunun "farazi" olarak okunamayacağını göstermektedir. Süregiden Birleşik Devletler ambargosunun, Küba'yı dünya ticaretinin ana akımı ve pazar baskılarının dışında kalmaya ve Birleşik Devletler baskısına karşı durmaya istekli ülkelerle yan yana gelmeye zorlaması da, IMF borçlarına bağımlı borçlu Afrika ülkelerinden çok farklı bir politika hattına izin veren genişlemiş bir "politika alanına" imkan vermiştir.

Ancak, çok farklı koşullardaki diğer bazı hükümetler de (özellikle Sri Lanka, Gana, Tayland ve Kosta Rika) küresel sağlık reformu mönüsüne uymaları için baskılara direnmişler, daha ilerici ve eşitlikçi politikalarını sürdürerek, toplumları için daha iyi sağlık çıktıları sağlamışlardır. Neo-liberalizmin sağduyusu, düşük

gelirli ülkelerin kamusal olarak fonlanan sağlık hizmeti sunmak ve sürdürmek için vergi tabanından yoksun olduğunu söylerken, 16 Asya ülkesinin sistematik araştırmasından çıkarttıkları sonuçlarla Renan-Eliya ve Somanathan (2005) bu varsayıma güçlü bir şekilde itiraz etmektedirler. Yazarlar katılım paylarının, yoksullara en fazla yararı sağlayacak şekilde hükümetlerin, evrensel bir sağlık sistemine gayri safi ulusal hasılanın % 2'si kadar küçük bir bölümünü harcamasıyla azaltılabileceğini veya ortadan kaldırılabileceğini savunmaktadırlar.

Bağımlı hükümetleri, bir politik hattı izlemeye zorlayan küresel kurumlar veya daha geniş ya da sürdürülebilir herhangi bir sağlık hizmeti altyapısı inşa etmeksizin dikey programlar uygulayan küresel yardım kuruluşları biçimindeki küreselleşme, sağlık sektörü "reformlarının" sürücüsü olarak görülebileceği kadar, eldeki kanıtlara ve verdiği öngörülebilir kötü sonuçlara göre, bunları aksi yöne götüren olarak da görünebilir. Dünya Bankası/IMF tarafından reçete edilen politikaların tersi niteliğindeki politikaların başarısı, neo-liberal reformların sağlığı iyileştirmek ve eşit erişilebilir sağlık sistemleri sunmakta başarısız olmaları kadar tutarlı görünmektedir (Homedes ve Ugalde, 2005; Unger et al., 2006). Banka'nın 2004 Dünya Kalkınma Raporu çarpıcı şekilde 15 yıldır reçetelediği politikaların yararını gösteren olumlu örneklerden yoksundur.

Aksine, daha üretken (ve kanıtlarla desteklenmiş) hatlara kanalize edilen göreli sınırlı kaynaklar dahi sağlıkta eşitliği arttırabilir ve sadece yoksullara değil bütün topluma fevkalade insani (ve ekonomik) yararlar getirebilir. Halen sağlık sistemi reformu üzerine egemen olan, her derde deva küresel politika söylemlerinin aksine, Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri üzerine Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Sistemleri Bilgi Ağı Komisyonu'nun hazırladığı kanıtların özet değerlendirmesi, oldukça kısa ve öz olarak, genel toplumsal kazanımlar kadar sosyal olarak dezavantajlı gruplar için tercih edilen sağlık yararları yaratan sağlık sistemlerinin kilit kucaklayıcı özelliklerinin şunlar olduğu sonucuna varmıştır:

1. Toplum sağlığını iyileştirmek için bakanlıklar arasında sektörler-arası eylemi arttıran liderlik, süreç ve mekanizmalar.
2. Toplumsal grupları ve sivil toplum örgütlerini, özellikle toplumsal olarak dezavantajlı olanlarla ilgilenenlerin sağlık gereksinimlerini tanımlayan, ele alan ve kaynakları dağıtan karar ve eylemlere katan örgütsel düzenlemeler ve uygulamalar.
3. Evrensel kapsamayı amaçlayan ve toplumsal olarak dezavantajlı olan gruplara özgün yararlar (özellikle sağlık hizmetine erişimde iyileştirme, hastalığın yoksullaştırıcı maliyetlerine karşı daha iyi koruma, sağlıkta eşitliği sürdüren zengin ve yoksul arasında refahın yeniden dağıtımı) sağlayan sağlık hizmeti finansmanı ve sunumu düzenlemeleri.

4. Sağlıkta eşitliği arttıran diğer özellikleri güçlendiren ve bütünleştiren bir strateji olarak temel sağlık hizmetlerinin yeniden canlandırılması (Bilgi Ağı üyelerinden Gilson, Doherty, Loewenson'dan girdi ve katkılarla, Francis, 2007).

Şimdi gerekli olan; geçmişte neyin işlediğine dayalı sağduyulu bir sağlık reformu projesi planlayan, ne yararlı ne de maliyet etkin olduklarını kanıtlayamayan sözde reformların zayıflıklarını ortaya koyabilen ve bu başarısız ve pahalı politikaların yerini, sağlık sistemlerinin gelecekte daha eşitlikçi bir temelde, daha çok ve daha iyi hizmet verebileceği yeni bir yaklaşımla ele alabilecek, alternatif bir politik hattı teşvik eden yeni bir küresel bilgi toplumudur.

KAYNAKLAR

Adlung, R., & Carzaniga, A. (2002). Health services under the General Agreement on Trade in Services. In C. Vieira & N. Drager (eds.), *Trade in health services: Global, regional and country perspectives* (pp. 13-33). Washington, DC: Pan American Nealth Organization. Retrieved from: http://www.paho.org/English/HDP/HDD/06Adlu.pdf.

———. (2006). Update on GATS commitments and negatiations. In C. Blouin, N. Drager, & R. Smith (eds.), *International trade in health services and the GATS-current issues and debates* (pp. 83-100). New York: World Bank.

Akin, J., Birdsall, N., & de Ferranti, D. (1987). *Financing health services in developing countries: An agenda for reform.* World Bank policy studies. Washington, DC: World Bank.

Amanfo, J. (2006). Ridge hospital detains baby over c3.2m. Ghana: *Public Agendo.*

Armada, F., & Muntaner, C. (2004). The visible first of the market: Health reforms in Latin America. In M. Singer & A. Castro (eds.), *Unhealthy health policy* (pp. 29-42). Walnut Creek, CA: Altamira Press.

Australian Agency for International Development (AusAID). (2008). *Australia's aid program.* Global Education Web site. Australian Agency for International Development (AusAID) [online]. Retrieved from: http://www.globaleducation.edna.edu.au/globaled/go/pid/24.

Axelsson, H., Bustreo, F., & Harding, A. (2003). *Private sector participation in child health: A review of World Bank projects 1993-2002.* HNP Discussion Papers. Washington, DC: World Bank. Retrieved from: http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627109569814016 7/AxelssonPrivateSectorwhole.pdf.

Barraclough, S. (2005). Australia's international health relations in 2003. *Australia and New Zealand Health Policy,* 2.

Barrientos, A., & Lloyd-Sherlock, P. (2000). Reforming health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy Plan.,* 15, 417-23.

———. (2003). Health insurance reforms in Latin America-cream skimming, equity and cost containment. In Louise Haagh & Camilla T. Helgo (eds.), *Social policy reform and market governance in Latin America* (pp. 183-99). London: Macmillan.

Beeharry, G., Whiteford, H., Chambers, D., & Baingana, F. (2002). *Outlining the scope for public sector involvement in mental health.* Health, nutrition and population (HNP) discussion paper. Washington, DC: World Bank. Retrieved from: http://www-wds.world-

bank.org/servlet/main?menuPK=64187510&pagePK=64193027&piPK=64187937&theSitePK=523679&entityID=000265513_20040517145654.

Bennett, S., & Gilson, L. (2001). *Health financing: Designing and implementing pro-poor policy.* London: Health Systems Resource Centre. Retrieved from: http://www.dfid-healthrc.org/publications/health_sector_financing/Health_financing_pro-poor.pdf.

Berman, P., & Bossert, T. (2000). *A decade of health sector reform in developing countries: What have we learned?* DDM Report no. 81. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health. Retrieved from: http://www.hsph.harvard.edu/ihsp/publications/pdf/closeout.PDF.

Birn, A. -E., Zimmerman, S., & Garfield, R. (2000). To decentralize or not to decentralize; is that the question? Nicaraguan health policy under structural adjustment in the 1990s. *International Journal of Health Services,* 1, 111-28.

Blas, E. (2004). The proof of the reform is in the implementation. *The International Journal of Health Planning and Mangement,* 19, S3-S23.

Bossert, T. J. (2000). *Decentralisation of health systems in Latin America: A comparative study of Chile, Colombia and Boliva. Data for decision making project.* Harvard School of Public Health. Retrieved from: http://www.hsph.harvard.edu/ihsp/pupbications/pdf/lac/Decentralization45.PDF.

Braveman, P. (1998). *Monitorng equity in health: A policy-oriented approach in low- and middle-income countries.* Geneva: WHO. Retrieved from: http://www.gega.org.za/download/braveman.pdf.

Breman, A., & Shelton, C. (2001). *Structural adjustment and health: A literature review of the debate, its role-players and presented empirical evidence.* CMH Working Paper Series No. WG6:6. Geneva: WHO: Commission on Macroeconomics and Health.

Bretton Woods Project. (2008). Donor contributions to IDA up record amount: Norway, civil society not satisfied. *Update, 59,* 1 February.

Brown, P. (2002). WHO to revise its method for ranking health systems. *British Medical Journal,* 324, 190.

Brugha, R., & Zwi, A. (2002). Global approaches to private sector provision: Where is the evidence? In K. Lee, K. Buse, & S. Fustukian (eds.), *Health policy in a globalising world* (pp. 63-77). Cambridge: Cambridge University Press.

Buse, K., & Walt, G. (2000). Global approaches to private sector provision: Where is the evidence? In K. Lee, K. Buse, & S. Fustukian (eds.), *Health policy in a globalising world* (pp. 63-77). Cambridge: Cambridge University Press.

Buse, K., & Waxman, A. (2001). Public-private health partnerships: A strategy for WHO. *WHO Bulletin,* 79, 748-54.

Busse, R., van der Grinten, T., & Svensson, P. G. (2002). Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: Theory and practice. In R. B. Saltman, R. Busse & E. Mossialos (eds.), *Regulating entrepreneurial behaviour in European healthcare systems.* Buckingham, UK: Open University Press.

Colgan, A. -L. (2002). *Hazardous to health: the World Bank and IMF in Africa.* Africa Action Position Paper. Washington, DC: Africa Action. Retrieved from: www.africaaction.org/action/sap0204.htm.

Creese, A. (1997). User fees: They don't reduce costs, and they increase inequity. *British Medical Journal,* 315, 202-3.

Creese, A., & Kutzin, J. (1995). *Lessons from cost-recovery in health. Forum on health sector reform.* Discussion Paper no.2. Geneva: WHO Division of Strengthening Health Services.

Cruz-Saco, M. A. (2002). *Global insurance companies and the privatisation of pensions and*

health care in Latin America-the case of Peru. In GASPP Seminar No. 5 organized in collabaration with the ILO-SES Programme and WHO, at the University Centre (IUC), 26-28 September 2002, in Dubrovnik, Croatia. Waltham, MA: Brandeis University. Retrieved from: http://www.brandeis.edu/ibs/rosenberg_papers/cruz-saco_paper.pdf.

Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health,* 94, 1864-74.

Danida (Royal Danish Misitry of Foreign Affairs). (2005). *Africa-development and security: The governmet's priorities for Danish cooperation with Africa 2005-2009.* Copenhagen: Ministry of Foreign Affairs. Retrieved from: http://www.netpublikationer.dk/um/4888/pdf/africa_development.pdf.

Deber, R. (2000). Thinking before rethinking: Some thoughts about babies and bathwater. *Healthcare Papers,* 1, 25-32.

de Ferranti, D. M. (1985). *Paying for health services in developing countries: An overview.* World Bank Staff Working Papers. No. 721. Washington, DC: World Bank. Retrieved from: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/06/14/000178830_98101903430786/Rendered/PDF/multi0page.pdf.

Denthardt, J. V., & Denhardt, R. B. (2002). *The new public service: Serving, not steering.* New York and London: M. E. Sharpe.

Director-General, (2008). *WHO financial report 2004-2005.* No. A59/28. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_28-en.pdf.

Dunne, N. (2000). Fees issue entangles US debt relief plan. *Financial Times October* 17.

Economist. (2007). Of markets and medicines. Big donors are betting of Africa's private sector to improve health. *The Economist* December 19.

Elliott, L. (2006). Britain issues World Bank & 50m ultimatum. *The Guardian* September 14.

England, S., Kaddar, M., Nigam, A., & Pinto, M. (2001). *Practice and policies on user fees for immunization in developing countries.* Geneva: WHO Department of Vaccines and Biologicals. Retrieved from: http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www564.pdf.

Evans, T. C., & Chen, L. C. (2002). *Public-private partnerships in global health.* New York: The Rockefeller Foundation. Retrieved from: & acgei/Publications/Chen/LLC_PublicPrivate_Partnerships.pdf.

Flores, W. (2006). *Equity and health sector reform in Latin America and the Caribbean from 1995 to 2005: Approaches and limitations.* Toronto: International Society for Equity in Health. Retrieved from: http://www.iseqh.org/docs/HSR_equity_report2006_en.pdf.

Fontana, A. (2005). *"In limbo": Current status of some HIPC decision point countries.* Brussels: EURODAD European Network on Debt and Development. Retrieved from: http://www.eurodad.org/whatsnew/reports.aspx?id=722.

Fortson, Danny. (2007). Australian health giant Ramsay buys Capio UK. *The Independent* September 7.

Gadelha, A. J., Ugá, A., Almeida, C., Landmann Szwarcwald, C., Travassos, C., Viacava, F., et al. (2001). *Report of the workshop "Health Systems Performance-the World Health Report 2000."* Geneva: World Health Organization. Retrieved from. http://www.who.int/health-systems-performance/docs/articles/oswaldocruz_report.pdf.

Gatheru, W., & Shaw, R., eds. (1998). *Our problems, our solutions: An economic and public policy agenda for Kenya.* Nairobi, Kenya: Institute of Economic Affairs.

Gilson, L., & McIntyre, D. (2005). Removing user fees for primary care in Africa: The need for careful action. *British Medical Journal,* 331, 762-65.

Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., Francis, V., with inputs and contributions from members of the Knowledge Network. (2007). *Challenging inequity through helath systems: Final report, Knowledge Network on Health Systems, WHO Commission on Social Determinants of Health.* Geneva: WHO Commission on Social determinants of Health. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf.

Gupta, S., Clements, B., Guin-Siu, M. T., & Leruth, L. (2001). Debt relief and health spending in heavily indebted poor countries. *Finance and Development,* 383.

Hardon, Anita. (2001, March). Immunisation for all? A critical look at the first GAVI partners meeting. *HAI Europe,* 6(1), 1-9.

Hilary, J. (2005). DFID, UK and public services privatization. Time for change. *Global Social Policy,* 5, 134-36.

Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy,* 71, 83-96.

Hsiao, W., & Heller, P. S. (2007). *What should macroeconomists know about health care policy?* IMF Working Papers No. WP/07/13. Washinton, DC: International Monetary Fund. Retrieved from: http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2007/wp0713.pdf.

Human Rights Watch. (2006). *A high price to pay: Detention of poor patients in Burundian pospitals.* New York: Human Rights Watch. Retrieved from: www.hrw.org; http://hrw.org/reports/2006/burundi0906/.

Hutton, G. (2004). *Charting the path to the World Bank's "no blanket policy on user fees": A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future.* London: Department for International Development Health Systems Resource Centre. Retrieved from: http://www.dfidhealthrc.org/Shared/publications/Issues_papers/04Hut01.pdf.

International Finance Corporation. (2002). *Tropical briefing on health and investing in private healthcare: StrategiÁ directions for IFC.* Washington, DC: IFC.

———. (2007). *The business of health in Africa. Partnering with the private sector to improve people's lives.* Washington, DC: International Finance Corporation World Bank Group. Retriveved from: http://www.ifc.org/ifcext/healthinafrica.nsf/AttachmentsByTitle/IFC_HealthinAfrica_Final/$FILE/IFC_HealthinAfrica_Final.pdf.

International Monetary Fund (IMF). (2008). *Poverty reduction strategy papers (PRSP) (Sorted by country).* International Monetarey Fund [online]. Retrieved from: http://www.imf.org/external/NP/prsp/prsp.asp.

Kahenya, G., & Lake, S. (1994). *User fees and their impact on utilization of key health services. Discussion paper for G-24 Technical Group* No. 31. New York and Geneva: United Nations Conference on Trade and Development. Retrieved from: http://www.unctad.org/en/docs/gdsmdpbg2420047_en.pdf; http://www.g24.org/un-kea04.pdf.

Koivusalo, M., & Mackintosh, M. (2005). Health systems and commercialisation: In Search of good sense. In M. Mackintosh & M. Koivusalo (eds.), *Commercialization of health care: Global and local dynamics and policy responses* (pp. 3-21). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Landmann Swzarcwald, C. (2002). On the World Health Organisation's measurement of health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 56, 177-82.

Laurell, A. C., & Arellano, O. L. (1996). Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health. *International Journal of Health Services,* 26, 1-18.

Lee, K., & Goodman, H. (2002). Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980's. In K. Lee, K. Buse, & S. Fustukian (eds.), *Health pol-*

icy in a globalising world (pp. 97-119). Cambridge: Cambridge University Press.

Leighton, C., & Wouters, A. (1995). Strategies for achieving health financing reform in Africa. *World Development,* 24, 1511-25.

Ling, T. (2000). Unpacking partnership: The case of health care. In J. Clarke, S. Gerwitz, & E. McLaughlin (eds.), *New managerialism, new welfare* (pp. 82-101). London: Sage Publications, Ltd.

Lister, J. (2005). *Driving the wrong way? A critical guide to the global "health reform" industry.* London: Middlesex University Press.

———. (2008). *The NHS after 60: For patients or profits?* London: Middlesex Universitiy Press.

Lloyd-Sherlock, P. (2005). Epidemiological change and health policy for older people in developing countries: Some preliminary thoughts. *Ageing Horizons.* 2, 21-24.

Loevinsohn, B., & Harding, A. (2005). Buying results? Contracting for health service delivery in developing countries. *The Lancet,* 366, 676-81.

Lovelace, J. C. (2003). Froword. In A. S. Preker & A. Harding (eds.), *Innovations in health service delivery: The corporatization of public hospitals.* Washington, DC: World Bank.

Mackintosh, M. (2001). Do health care systems contribute to inequalities? In D. Leon & G. Walt (eds.), *Poverty, inequality and health: An international perspective* (pp. 175-93). Oxford, UK: Oxford Medical Publications.

McEuen, M., & McGaugh, J. (1997). Initiatives in health care financing: Lessons learned. HHRAA/DDM East/Southern Africa Regional Workshop Proceedings. Data for Decision Making Project. Cambridge, MA: Harvard School for Public Health.

McPake, B., & Mills, A. (2000). What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? *Bulletin of the World Health Organization,* 78, 811-20.

Michaud, C. (2003). *Development-assistance for health (DAH): Recent trends and resource allocation.* Prepared for Second Consultation, Commission on Macroeconomics and Health, October 29-30, 2003. Geneva: WHO. Retrieved from: www.who.int/entity/macro-health/events/health_for_poor/en/dah_trends_nov10.pdf.

Mudyarabikwa, O. (2000). *An examination of public sector subsidies to the pirvate health sector: A Zimbabwe case study.* Equinet Policy Series No. 8. Harare: Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (Equinet) with University of Zimbabwe Medical School.

Munishi, G. K., Yazbeck, A. D. K., & Lionetti, D. (1995). *Private sector delivery of health care in Tanzania.* Major Applied Researc Paper No. 14. Bethesda, MD: HFS, Abt Associates.

Musau, S. N. (2008). *Community-based health insurance: Experiences and lessons learned from East and Southern Africa.* Technical Report No. 34. Bethesda, MD: PArtnerships for Health Reform.

Mwabu, G., Mwanzia, J., & Liambila, W. (1995). User charges in government health facilities in Kenya: Effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning,* 10, 164-70.

Nanda, P. (2002). Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters,* 10, 127-34.

Navarro, V. (2002). The World Health Report 2000: Can health care systems be compared using a single measure of performance? *American Journal of Public Health,* 92, 31-34.

OECD Health Project. (2004). *Towards high-performing health systems.* Paris: OECD, Retrieved from: http://www.oecd.org/dataoecd/15/23/31737305.pdf.

Ollila, E. (2005). Global health priorities-priorities of the wealthy? *Globalization and Health,* 1.

Ollila, E., & Koivusalo, M. (2008). The World Health Report 2000. World Health Organization health policy steering off course-changed values, poor evidence, and lack of accountability. *International Journal of Health Services,* 32, 503-14.

Ooms, G. (2006). Health development versus medical relief: The illusion versus the irrelevance of sustainability. *PLoS Medicine,* 3, 1202-05.

Osberne, D., & Plastrik, P. (1998). Banishing bureaucracy. *Policy Options,* 33-38.

Oxfam International. (2006). *Zambia uses G8 debt cancellation to make health care free for the poor.* Press release. Retrieved from: http://www.oxfam.org/en/news/pressreleases2006/pr060331_zambia.

Pachanee, C. A., & Wibulpolprasert, S. (2006). Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand. *Health Policy and Planning,* 21, 310-18.

PAHO (Pan American Health Organization), WHO (World Health Organization), & IDRC (International Development Researc Centre). (2001). *Research on health sector reforms in Latin America and the Caribbean: Contribution to policymaking.* Paper for pre-summit of the Americas Forum. Ottawa: International Development Research Centre. Retrieved from: www.idrc.ca/lacro/docs/conferencias/paho_idrc.html.

PAHO (Pan American Health Organization). (2008). *Social protection in health schemes for mother, newborn and child populations: Lessons learned from the Latin American region.* Washington, DC: PAHO

Pincus, J. R., & Leys, C. (2008). *Confuse and conceal: The NHS and independent sector treatment centres.* Monmouth: Merlin Press.

Preker, A. S., & Harding, A. (2000). *The economics of public and private roles in health care. Insights from institutional economics and organizational theory.* Health, Nutrition and Population. Washington: World Bank.

———. (2003). *Innovations in health service delivery: The corporatization of public hospitals.* Human Development Network Health, Nutrition and Population Series. Washington, DC: World Bank.

PSI (Public Service International). (1999). Health and Social Services briefing Notes. Paris: PSI.

Rannan-Eliya, R., & Somanathan, A. (2005). *Access of the very poor to health services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap.* Workshop Paper 10. London: DFID Health Systems Resource Centre.

Rannan-Eliya, R. P., van Zantern, T. V., & Yazbeck, A. (1996). *First year literature review for applied research agenda.* Partnerships for Health Reform Applied Research Paper 1. Bethesda, MD: Abt Associates. Retrieved from: http://www.healthsystems2020.org/contentt/resource/detail/642/.

Sabri, B. (2004). Health and development. *Eastern Mediterranean Health Journal,* 6, 758-65.

Sachs, J. D. (2007). Beware false tradeoffs. Foreign Affairs [online]. Retrieved from: http://www.foreignaffairs.org/special/global_health/sachs.

Schieber, G. J. (1997). *Innovations in health care financing.* Proceedings of a World Bank Conference, March 10-11, 1997. World Bank Discussion Paper No. 365. Washington, DC: World Bank.

Schwefel, D., Vuckovic, M., Korte, R., Doetinchem, O., Bichmann, W. & Brandrup-Lukanow, A. (2005). *Health, development and globalisation. Guidelines and recommendations for internationl cooperation-e˛ecutive summary.* Germany: GTZ(GmbH). Retrieved from: http://detlef-schwefel.de/215e%20Schwefel%20health%20and%20globalization.pdf.

Sein, T. (2001). *Health sector reform-issues and opportunities.* Regional Health Forum. Retrieved from: www.searo.who.int/en/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1352_5256.htm.

Shaw, R. P., & Ainsworth, M., eds. (1995). *Financing health services through user fees and insurance: Case studies from sub-Saharan Africa.* Washington, DC: World Bank.

Sinclair, S. (2005). *The GATS and South Africa's National Health Act: A cautionary tale.* Ottawa: Canadian CEntre for Policy Alternatives.

Skaar, C. M. (1998). *Extending coverage of priority health care services through collaboration with the private sector: Selected exqeriences of USAID cooperating agencies.* Major Applied Research No. 4 Working Paper 1. Bethesda, MD: Abt Associates.

Stiglitz, J. (2002). *Globalisation and its discontents.* London: Penguin.

Stone, D. (2001). Think tanks, global lesson-drowing and networking social policy ideas. *Global Social Policy,* 1, 338-60.

Taylor, M. (2008). the reformulation of social policy in Chile 1973-2001: Questioning a neoliberal model. *Global Social Policy,* 3, 21-44.

UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. (2005, September 16). Ghana: Despite new health scheme, newborn babies detained in hospital pending payment. *IRIN News.*

Unger, J. -p., De Paepe, P., Ghilbert, P., Soors, W., & Green, A. (2006). Disintegrated care: The Achilles' heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care,* 6, e14.

United Nations Research Institute for Social Development. (2000). *Visible hands: Taking responsibility for social development.* Geneva. UNRISD. Retrieved from: http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/0/FE9C9439D82B525480256B670065EFA1?OpenDocument.

USAID (Unidet States Agency for International Development). (2003). This is USAID. USAID [online]. Retrieved from: www.usaid.gov/about_usaid.gov/about_usaid/.

———. (2003). USAID history. USAID [online]. Retrieved from: http://www.usaid.gov/about_usaid/usaidhist.html.

———. (2006). Users' guide to USAID/Washington health programs. Washington, DC: USAID [online]. Retrieved from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PANADG713.pdf; http://www.usaid.gov/our_work/global_health.

———. (2008). PSP-One Policy. Private sector partnerships for better health. Private Sector Partnerships-One [online]. Retrieved from: http://www.psp-one.com/section/technicalareas/policy.

Valentine, W. (2008). WHO spearheads multi-country study of decentralisation and health system change. *The Bridge (WHO-Europe),* Spring.

Wagstaff, A. (2007). *Social health insurance reexamined.* World Bank Policy Research Working Papers No. WPS 4111. Washington, DC: World Bank. Retrieved from: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/01/09/000016406_20070109161148/Rendered/PDF/wps4111.pdf.

Walt, G. (1994). *Health policy: An introduction to process and power.* London: Witwatersrand University Press/Zed Books.

Wang'ombe, J. K. (1997). Cost recovery strategies in sub-Saharan Africa. In G. J. Schieber (ed.), *Innovations in health care financing: Proceedings of a World Bark conference, March 10-11, 1997* (pp. 155-61). Washington, DC: World Bank.

Weisbrot, M. (2001). *The "Washington Consensus" and development economics.* Draft paper prepared for the discussion at the UNRISD meeting on the need to rethink development

economics, 7-8 September, 2001, Cape Town, South Africa. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). Retrieved from: http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/httpNetITFramePDF?ReadFrom&parentunid=3AD5D5F2520B7436C1256BC9004C3D2C&parentdoctype=paper&netitpath=80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/3AD5D5F2520B7436C1256BC9004C3D2C/$file/weisbrot.pdf.

———. (2006). *Latin America: The end of an era.* Washington, DC: Center for Policy and Economic Research. Retrieved from: http://www.cepr.net/documents/publications/end_of_era_2006_12.pdf.

Wharton School. (2008). *Waharton impact conference. Voluntary health insurance in developing countries.* March 15-16, 2005. Philadelphia: Wharton School of the University of Pennsylvania. Retrieved from. http://hc.wharton.upenn.edu/ImpactConference/agenda.html.

Whitehead, M., Dahlgren, G., & Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet,* 358, 833-36.

Williamson, J. (1990). What Washington means by policy reform. In J. Williamson (ed.), *Latin American adjustment: How much has happened?* (pp. 7-38). Washington, DC: Institute for Internationl Economics.

Williamson, J. (2000). What should the World Bank thingk about the Washington Consensus? *The World Bank Research Observer,* 15, 251-64.

Witter, S. (2005). *An unnecessary evil? User fees for healthcare in lox-income countries.* London: Save the Children. Retrieved from: http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/An_Unnecessary_Evil.pdf.

Woodward, D. (2005). The GATS and trade in health services: Implications for health care in developing countries. *Review of International Political Economy,* 12, 511-34.

World Bank. (1993). *World development report 1993: Investing in health.* New York: Oxford University Press.

———. (1997). *Health, nutrition, and population sector strategy.* Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank. Retrieved from: http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/wb/9780821340400/v1n1/s1.pdf?expires=1217538022&id=45335559&titleid=7750&accname=Universiy+of+Ottawa&checksum=3E84A1667EE7F507463E60C7A133AD0E.

———. (2003). *World development report 2004: Making services worlk for poor people.* New York: Oxford University Press.

———. (2005). *The World Bank annual report 2005. Year in review.* Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Retrieved from: http://siteresources.worlbank.org/INTANNREP2K5/Resources/51563_English.pdf.

WHO (World Health Organization). (1992). *Basic Documents* (39th ed.). Geneva: WHO.

———. (2000). *The world health report 2000. Health systems: Improving performance:* World Health Report. Geneva: World Health Organization.

———. (2001). *The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope.* Geneva. WHO. Retrieved from: http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_en.pdf.

———. (2008). *Medium-term strategic plan 2008-2013.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/AMTSPPB/a-mtsp_2en.pdf.

Yeates, N. (2001). *Globalization and social policy.* London: Sage.

9. Bölüm

KÜRESELLEŞME VE SAĞLIK EMEKÇİLERİNİN SINIR ÖTESİ AKIŞI

Corinne Packer, Ronald Labonté ve Vivien Runnels

GİRİŞ

Son yıllarda sağlık emekçilerinin sınır ötesi akışında bir artış görülmektedir. Sağlıkta eşitlik bakımından en büyük kaygı, ciddi sağlık insangücü sıkıntısı ve yüksek hastalık yükleri bulunan daha yoksul ülkelerden, daha az ciddi sağlık insangücü sıkıntısı ve göreli daha az hastalık yükleri olan daha zengin ülkelere akıştır. "İtme" ve "çekme" faktörleri eşzamanlı işleyerek, yüksek düzeyde eğitimli veya teknik becerili emekçilerin kendileri ve aileleri için iş ve daha iyi yaşam arayışıyla göç etmesine, insan sermayenin uçmasına veya "beyin göçüne" hizmet eder. Yeni bir olgu olmamasına karşın böyle bir göç, küreselleşmenin geçen 30 yılında hızlanmıştır. Örneğin "kaynak" ülkeler denen ülkelerde kötüleşen ekonomik ve geniş toplumsal ve çevresel koşullar, en azından kısmen çalışma koşullarını, iş olanaklarını ve mesleki gelişimi doğrudan ve olumsuz etkileyen ve bu nedenle sağlık emekçilerini ülkelerinden dışarı "itmeye" hizmet eden liberalizasyona veya küresel pazar bütünleşmesinin diğer şekillerine atfedilebilir (Marchal ve Kegels, 2003). Uluslararası mali kuruluşların (UMK) hükümetlerin sağlık emekçilerine yeterli ücret ödeyebilme veya teşvikler sağlama yeteneklerini kısıtlayan borç verme veya borç hafifletmeyle ilişkili koşulları, durumu kötüleştirmeye devam etmektedir. Küreselleşme aynı zamanda zengin ülkelerin sağlık profesyonellerini "çekmesini" veya cezbetmesini kolaylaştırmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde sınır engelleri, yarı veya daha az vasıflı göçmenler için arttırılırken, uzman, teknik ve becerili bireyler için özellikle azaltılmaktadır. Birleşik Devletler, Avustralya, Yeni Zelanda, Kanada ve son zamanlara kadar Birleşik Krallık gibi ülkeler kendi sağlık insangücü açıklarını doldurmak için, yurtdışında eğitilmiş sağlık emekçilerinin göçüne bel bağlamışlardır. Sağlık profesyonelleri akışının beyin göçü yerine "beyin dolaşımı" ile çerçevelenmesi için girişimler bulunmasına karşın, kanıtlar sağlık insangücünün yoksul ülkelerden zengin ülkelere, karşı konulamaz bir şekilde ve artarak akışını göstermektedir. En yoksul ülkeler bunların yerini dolduramamakta veya yeni emekçileri çekememektedirler. Bu ülkeler için kaçınılmaz sonuç, sağlık hizmetlerine erişimde azalmadır. Bunların her ikisi de sağlıkta küresel eşitliği geliştirmenin önemli engel-

leridir. Sağlık insangücü göçünü teşvik eden küreselleşmeyle ilişkili diğer etkenler, özellikle mesleki ehliyetlerin ve bazı durumlarda Avrupa Birliği'nde vatandaşlığın uluslararasılaştırılmasıdır. Diğer alanlarda olduğu gibi sağlıkta mesleki ehliyetler gitgide sınır ötesinde, özellikle serbest ticaret alanlarının oluşturulduğu yerlerde tanınmaktadır. Kolaylaştırılmış göç ve hareketlilik (örneğin daha ucuz, daha hızlı ve daha kolay seyahat, çok dillilik, sömürge sonrası bağlar ve ortak akademik müfredat), dünya ölçeğinde mesleki ehliyetlerin pasaport gibi hizmet ettiği bir gerçek "küresel yurttaşlık" duygusuna katkıda bulunmaktadır. Sonuç olarak, modern küreselleşmenin kilit araçları olan bölgesel ve küresel ticaret anlaşmaları uluslararası emek hareketliliğini kolaylaştırabilir.

Bu bölüm bu konuları araştırmaya, sağlık insangücü yoğunluğu ve akışlarının bazı bilinen gözlemlerini tanımlamakla başlamaktadır. Sonra bu akışların küreselleşme ile nasıl ilişkilendiğini ve özellikle düşük gelirli kaynak ülkeler üzerine etkilerinin ne olduğunu daha derinden incelemektedir (Verili olarak bu akımlardan, alıcı ülkelerin hem sağlık hem de ekonomik olarak yararlandığını kabul ediyoruz). Bu bölüm sağlık profesyoneli göçünü yönetmekte çeşitli politika seçeneklerinin olabilirliğini ve arzu edilirliğini eleştirel olarak değerlendirerek sonlanmaktadır.

KÜRESEL FOTOĞRAF

Araştırmacıların çoğu gelecek yıllarda büyük ve süregen küresel hemşire ve hekim sıkıntısına işaret eden güçlü kanıtlar bulmuşlardır (Bach, 2003; Joint Learning Initiative, 2004; Liese ve Dussault, 2004). İşgücü tahminleri muğlak iken, bazı durumlarda kaynak ülkelerde gerçek bir çöküş riskiyle, son zamanlarda bir dizi yoksul ülkeden bir avuç zengin ülkeye sağlık insangücünün dış-göç dalgası, bu eğilimin muhtemelen devam edeceğini desteklemektedir (Pond ve McPake, 2006). Küreselleşmenin bu kitapta tartışılan birçok yönü gibi, küresel sağlık insangücü akışının gittiği yere etkileri de oldukça asimetrik olmuştur. Ana alıcı ülkeler yüksek gelirli ülkeler, geniş ölçüde (fakat tümüyle değil) İngilizce konuşulan ülkelerdir. 2008 Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) Raporu'na göre Yeni Zelanda, OECD ülkeleri arasında göçmen hekim ve hemşire oranının en yüksek olduğu ülkelerden biridir (Zurn ve Dumont, 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2006 Dünya Sağlık Raporu, Birleşik Devletlerin en yüksek sayıda yabancı eğitimli hekim ve hemşire aldığını, bunu Birleşik Krallık'ın izlediğini belirtmektedir. Bu asimetrinin basit bir ölçütü olarak: Büyük ölçüde kamu tarafından Sahra-Altı Afrika ülkelerinde eğitilen ve şimdi OECD ülkelerinde çalışan hekimler; bu kaynak Sahra-Altı ülkelerin mevcut toplam hekim işgücünün dörtte birine yakınını temsil etmektedirler.

Tablo 9.1 OECD Ülkelerinde Çalışan Dışarıda Eğitilmiş Hekim ve Hemşireler

	Dışarıda Eğitilmiş Hekimler		Dışarıda Eğitilmiş Hemşireler	
OECD Ülkesi	Sayı	Toplamın yüzdesi	Sayı	Toplamın yüzdesi
Avustralya	11,122	21	–	–
Kanada	13,620	23	19,061	6
Finlandiya	1,003	9	140	0
Fransa	11,269	6	–	–
Almanya	17,318	6	26,284	3
İrlanda	–	–	8,758	14
Yeni Zelanda	2,832	34	10,616	21
Portekiz	1,258	4	–	–
Birleşik Krallık	69,813	33	65,000	10
Birleşik Devletler	213,331	27	99,453	5

Kaynak: World Health Organization (2006), s. 98. Not: Yalnızca yetersiz hizmet alan düşük gelirli ülkelerden gelen yabancı ülkelerde eğitilmiş hekim ve hemşirelerin oranı.

Sağlık emekçisi göçü üzerine literatür tipik olarak hekim ve hemşirelerle sınırlı iken, gözlük muayenesi yapanlar (bazı ülkelerde sadece görme muayenesi yaparak gözlük reçetesi veren ve hekim olmayan sağlık emekçileri vardır (ç.n.) ve radyoloji teknisyenleri gibi diğer sağlık emekçileri de beyin göçü olgusunun bir parçasıdır. Örneğin bir eczacı, varlıklı OECD ülkelerinin orta derecede, fakat gitgide artan ve gelişmekte olan ülkelerin aşırı bir eczacı eksikliği çektiği küresel bir darlık durumu göstermektedir (International Pharmaceutical Federation, 2006). Bunun, bütün gelişmekte olan ülkelerde antiretroviral ilaçların dağıtımı, sıtma, tüberküloz, diğer bulaşıcı hastalıkların tedavisi ve artan kronik hastalık yükü üzerine açık etkileri vardır. Özellikle birçok Sahra-Altı Afrika ülkesindeki eczacı darlığı, antiretroviral (ARV) tedavilerinin daha hızlı sürdürülmesi yönünde bir kısıt olarak belirtilmiştir (Attaran ve Walker, 2008).

İki yıllık bir küresel sağlık performansı üzerinde sağlık insangücü etkisi çalışması olan Sağlık için İnsan Kaynakları üzerine Karma Öğrenim Girişimi (KÖG), sağlık emekçilerini, onlar olmadan uygun bir şekilde teknoloji, ilaçlar, altyapı, biliş ve bilginin uygulanamayacağı, "sağlık sisteminin tutkalı" olarak tanımlar (Joint Learning Initiative, 2004). Durum çok ciddi olup, KÖG, 21. yüzyılda küresel sağlık ve gelişmenin kaderinin büyük ölçüde sağlık insangücü yönetiminde yattığı sonucuna varmıştır (Joint Learning Initiative, 2004). Aynı zamanda bir çok düşük gelirli ülkenin halen ciddi darlıklar yaşamakta olduğu belgelenmiştir. Mükemmel olmamalarına rağmen, boşluk oranları birçok durumda böylesi darlıkları ölçmekte elimizdeki en iyi ölçütlerdir. En aşırı örneklerden biri olarak Gana Sağlık Hizmetleri'nin hekimlerde yaklaşık %50 ve hemşirelerde %57 olan, 2.002 kişilik boş pozisyon oranı vardı. O yıl Gana Sağlık Hizmetleri

Genel Direktörü tarafından yayınlanan bir bildiride ülke dışında, ülke içindekinden daha çok Ganalı hekimin çalıştığını belirtmiştir (Mensah, Mackintosh ve Henry, 2005). Daha sonra tartışacağımız gibi boşluklar sadece dışarı göçün bir sonucu değildir fakat dışa göçten etkilenmektedir. Ek olarak, Malawi gibi göreli az insangücüne sahip ve içeriye az insangücü akışı olan ülkeler sayısal olarak az olsa da dışa akışlardan büyük ölçüde etkilenebilirler (Gerein, Gren ve Pearson, 2006a).

BÖLGESEL ÖZELLİKLER

Küreselleşme sağlık profesyonelleri için küresel bir emek pazarı yaratılmasını sağlarken, bunun biçiminin (bu akışların yönü ve kolaylığı) farklı bölgesel özellikleri vardır.

Avrupa

Bazı Avrupa ülkeleri özgün sağlık insangücü sorunlarıyla karşı karşıyadır. Dubois ve arkadaşlarının (2006) açıkladıkları gibi, Ermenistan, Rusya ve Ukrayna gibi 1990'ların başında bağımsızlaşan eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği'nin devletleri ve Orta ve Doğu Avrupa (ODA) ülkelerine "modern sağlık sistemlerinin taleplerine uygun olmayan bir insangücü miras kalmıştı. Çok sayıda eğitilmiş hekimleri vardı fakat bunların çoğu sınırlı ve genellikle dar bir uzmanlık eğitimi almıştı ... miras aldıkları hemşire insangücünün beceri düzeyleri düşüktü ve Batı Avrupa'daki eşdeğerleri tarafından benimsenen rolleri almaya uygun değillerdi". Erken dönemlerde karşılaşılan bu sorunların üstesinden gelindiğinde, aynı ülkeler sağlık profesyonellerinin artan uluslararası hareketliliği sorunuyla yüzyüze geldiler (Nicholas, 2007). Avrupa Birliği'nin (AB) genişlemesiyle Litvanya ve Polonya gibi ODA ülkelerinde sağlık profesyonelleri artarak diğer AB ülkelerindeki daha iyi ücretli işler tarafından cezbedildiler (Buchan, Jobanputra, Gough ve Hutt, 2006). Bir olgu olarak Slovenya, dışa göç nedeniyle halen önemli bir hekim açığı yaşamaktadır (Nicholas, 2007).

Avrupa'da bazı varlıklı ülkeler yelpazenin farklı uçlarında sorunlar yaşamaktadır. Örneğin Fransa ve İspanya'nın halen fazla hekim ve hemşiresi vardır (aktif olarak iş arayanların hepsi için uygun pozisyon olmayışına göre); iş yokluğu bu profesyonelleri başka yerde iş aramaya yöneltmektedir. Bu, sonunda her iki ülkede tepkisel bir darlığa neden olacaktır. Aksine, İrlanda (2000 yılında yeni mesleğe başlayan hemşirelerinin yarısından fazlası yurtdışında eğitim görmüştür), Hollanda, Norveç ve Birleşik Krallık gibi diğer varlıklı Avrupa ülkeleri, ciddi sağlık insangücü açıkları yaşamışlar veya yaşamaktadırlar. Bu ülkelerde darlıkların hemen ortaya çıkan etkisi hasta tedavisi ve cerrahi hizmetler için uzun bekleme lis-

teleridir (Tjadens, 2002). Üstelik bu ülkeler sadece diğer Avrupa ülkelerinden değil, aynı zamanda Hindistan, Filipinler, Pakistan, Karayipler, Güney Afrika ile birlikte Kanada ve Avustralya gibi zengin ülkelerden de hekim ve hemşire çekmektedirler (Buchan et al. 2006). Batı Avrupa'nın daha karmaşık ve daha fazla sağlık insangücüne talep duyan yaşlanan nüfusu, özellikle hemşirelerin ve diğer evde bakım sağlayabilecek sağlık emekçilerinin sağlık insangücü akışlarının süreceğini veya artacağını düşündürmektedir (World Health Organization, 2006).

Kuzey Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda

Avustralya, Yeni Zelanda, Kanada ve Birleşik Devletler'in hepsi, önemsizden önemli dereceye, ülke içinde eğitilmiş hekim ve hemşire darlığı yaşadılar (Hawthorne, 2001; Bourassa, Forcier, Simoens ve Giuffrida, 2004; Mullan, 2005). Halen hepsi sağlık insangücü arzında önemli boşlukları doldurmak konusunda, ağırlıkla yabancı ülkelerde eğitilmiş sağlık profesyonellerine bağımlıdırlar. Bugün, bütün yabancı ülkede eğitilmiş hekimler bu ülkeleri terk etseler, bütün pozisyonların beşte biri ila üçte biri boşalırdı. Bu kalkınmış ülkeler içindeki belirli bölgeler daha büyük etkilere maruz kalabilirler. Örneğin Kanada'da, Kanada'da eğitim almış hekimlerden çok, yabancı ülkelerde eğitim almış hekimler, kırsal ve yeterli hizmet almayan bölgelerdeki pozisyonları doldurmaktadır (Canadian Institute for Health Information, 2006). Kanada'nın Saskatchewan eyaletinde hekimlerin yaklaşık %55'i yurtdışında eğitim almıştır: Bu yüksek oran daha küçük şehirlerde ve eyaletin kırsal merkezlerinde daha da yüksektir (Labonté, Packer ve Klassen, 2006). Aile hekimliği (genel pratisyenlik) gibi belli uygulama alanları da yabancı ülkelerde eğitim almış hekimlerin yokluğunda ani darlıklar yaşayabilir (Canadian Institute for Health Information, 2005). Kanada deneyimi büyük ölçüde genelleştirilebilir: Basitçe ifade edilirse, yabancı ülkelerde eğitim almış hekimler, Kanada'da eğitim almış hekimlerin istemedikleri işleri almaktadırlar.

Latin Amerika ve Karayipler

Latin Amerika'da sağlık emekçisi göçü üzerine az yayın vardır. Bölge içinde göç daha yoksul ülkelerden (Ekvator ve Peru), daha zengin ülkelere (özellikle artan sayıda kamu sektörü hekiminin özel sektöre geçtiği Şili'ye) olma eğilimindedir (Bach, 2006). Karayipler'de sağlık emekçilerinin kaybı önemli bir kaygı haline gelmiştir. İngiliz Milletler Topluluğu Sekreterliği'nin (Commonwealth-Secretariat) sponsorluğundaki hemşirelerin "yönetilen göçü" üzerine bir Karayip konferansında, katılımcılar Karayipler'in yılda en az 400 hemşireyi Birleşik Devletler, Kanada ve Birleşik Krallığa göç yoluyla yitirdiğini tahmin etmişlerdir (Public Services International, 2006). Trinidad ve Tobago'da her yıl yaklaşık olarak

mezun olan hemşirelerin üçte birinin yurtdışında görev almak için kamu sektöründeki görevlerinden istifa ettikleri tahmin edilmektedir. (Public Services International, 2006). Bölgedeki hemşire kadrolarının yaklaşık %35'i boştur. Sonuç olarak, bölgedeki bazı ülkeler ciddi eleman sıkıntılarını gidermek için şimdi aktif olarak Filipinler, Küba, Nijerya ve Guyana'dan hemşire, eczacı ve hekim almaktadırlar (Public Services International, 2006). Küba tek başına, hem göçmen sağlık emekçilerinin sözleşme kazançlarının Küba'ya getirilmesi için hem de diğer gelişmekte olan ülkelerle dayanışma eylemlerinin ifadesi olarak, hatırı sayılır bir gereksinim fazlası hekim yetiştiren ve uluslararası hekim ihraç eden ülke olarak dikkat çekmektedir. Aşağıda tartışıldığı gibi, düşünülmüş sağlık insangücü politikaları olan diğer ülkelerin (Hindistan ve Filipinler) aksine Küba'nın, ülke içinde bir sağlık insangücü darlığı olmadığı gibi, bütün yurttaşlarına sağlık hizmetlerine erişim imkanı sağlamakta ve düşük gelirli bir ülke olmasına karşın yüksek gelirli ülkelerin sağlık çıktılarını sergilemektedir (Evans, 2008).

Asya ve İran Körfezi

Dünya nüfusunun dörtte birine sahip olan Güney Asya bölgesi, küresel sağlık emekgücünün yalnızca %12'sine sahiptir. Çok sayıda Asya ülkesinin İngilizce konuşan kilit alıcı ülkelere profesyonellerin hareketini teşvik eden özellikleri vardır. Bunlar, batılı ülkelerden daha az kalkınmış, büyük ve iyi eğitimli emek havuzları bulunan ve birçok farklı alanda İngilizce konuşan profesyoneller sağlama potansiyeli olan ülkelerdir. Hindistan, Filipinler ve Sri Lanka sağlık hizmetleri alanında önde gelen örneklerdir (Khadria, 2006).

Hindistan dört ana OECD alıcı ülkesinde temel hekim kaynağıdır. Hem Birleşik Krallık (toplam hekim emekgücünün %10,.9'u), hem de Birleşik Devletler'de (%4,9) birinci sırada yer alır; Avustralya'ya ikinci sırada (%4) ve Kanada'ya üçüncü sırada (%2,1) yabancı ülkede eğitim almış hekim sağlar (Mullan, 2005). Ülke, dünya ölçeğinde alıcı ülkelere en büyük sayıda hekim sağlamaktadır (Mullan, 2005). Kalkınmış ve zengin ülkeler de kendi darlıklarını gidermede iyi eğitimli ve İngilizce konuşan hemşireleri işe almak için yeni bir kaynak ülke olarak Hindistan'ı keşfetmişlerdir. Hindistan'da lisanslı hemşireler, uluslararası "kayıtlı hemşireler" standartlarına göre eğitildikleri için, yurtdışına gitmeleri ve çalışmaları kolaylaştırılmıştır (Khadria, 2006). Ülkede, özellikle eğitilmiş hemşireleri, batılı İngilizce konuşan kilit ülkeler ve Körfez ülkelerine göndermek amacıyla özel iş bulma ajansları çoğalmıştır. Körfez ülkelerinde çalışan dört milyon kadar Hintli göçmenin 40 bin ila 60 bininin hemşire olduğu tahmin edilmektedir (Percot, 2006).

Hindistan hükümeti buna karşılık, hemşirelerin uluslararası göçünü kolaylaştırmanın bir aracı olarak ve onları istismar edilmeye karşı korumak için kendi ihraç bölümlerini kurmuştur. Ancak Hindistan, kaynak ülkeler arasında, Güney

Afrika'nın ve Filipinler'in çok gerisinde, en düşük hemşire/nüfus oranına sahip, özellikle kırsal alanlarda yüksek sayıda hemşire açığı olan bir ülkedir. Ülkedeki en iyi hastanelerin bazıları, hemşirelerinin kitlesel istifaları ve yurtdışındaki hastanelere toplu göçüyle karşı karşıya kalmıştır (Khadria, 2006).

Filipinler'de 2002 yılında yaklaşık 13.000 sağlık emekçisi yurtdışında çalışmak için ülkeyi terk etmiştir ve bunların % 93'ü hemşiredir. 2004 Aralık ayında Filipinli hemşireler için devlet tarafından yapılan mesleki lisans sınavına en az 18 bin kişi katılmıştır (Anon, 2006) Bu, ülkenin lisans sınavına girenlerin yaklaşık üçte ikisi kadar hemşire kaybı yaşadığı anlamına gelir. Filipinler, Hindistan gibi ve daha uzun bir dönem için hemşire ihraç etmek üzere, maksatlı olarak eğitmiştir. Ancak, yine Hindistan gibi (Küba'nın aksine) kendisi, özellikle kırsal alanlarda, çok düşük hemşire/nüfus oranı ve yüksek düzeyde hemşire kadrosu boşluğu yaşamaktadır (Khadria, 2006).

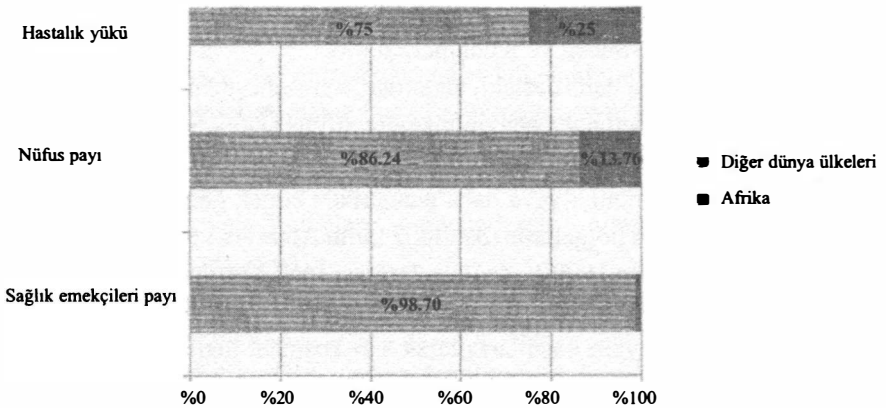
Sri Lanka'dan kanıtlar, iç ve dış göçler yoluyla ve bölgeye bağlı olarak hekimlerin %15 ila %85 arasında değişen benzer dramatik kayıplarını göstermektedir. Maalesef çalışma, bu tahminleri kapsayan yıllar hakkında bilgi vermemektedir (Aluwihare, 2005). Sri Lanka'da 18 milyonluk bir nüfusa hizmet vermek için yalnızca 800 kadar uzman vardır. Her yıl yaklaşık 60 hekim, uzman olmak için zorunlu eğitim yıllarını tamamlamak üzere Birleşik Krallık, Avustralya ve gelişmiş dünyanın diğer ülkelerine gitmektedir. Ancak gidenlerin yalnızca yarısının geri dönmesi, sağlık hizmetlerinde büyüyen krizi daha da kötüleştirmektedir (Burke, 2005). Profesyonel ihraç eden diğer ülkeler gibi Sri Lanka ekonomisi, ağırlıkla göçmen emekçilerinin eve gönderdiği para transferlerine dayanmaktadır. Para transferleri, 2004-2005'te Sri Lanka'nın gayri safi ulusal hasılasına %8,1 katkı yapmıştır. Bunun %57'si Orta Doğu'daki emekçilerden gelmiştir (Central Bank of Sri Lanka, 2005).

Sağlık emekçisi göçü ile ilgili uluslararası toplantıda, İran Körfezi'ne sağlık emekçisi göçü üzerine az sayıda somut veri varken, bu ülkelerin hatırı sayılır sağlık emekçisi ithalatçısı olduğu belirtilmiştir. Bazıları, Körfez ülkelerindeki sağlık emekçilerinin %80'inin yabancı ülkelerde eğitilmiş olduğunu tahmin etmektedirler. Sağlık emekçisi göçü ile ilgili uluslararası toplantıda Kuveyt, Birleşik Arap Emirlikleri, Bahreyn ve Suudi Arabistan gibi devletlerin temsil edilmemeleri bir kaygı olarak belirtilmiştir. Sudan ve Suudi Arabistan'ın Sudanlı hekimlerin Suudi Arabistan'a yöneltilmiş göçü üzerine ikili anlaşmaya girmelerine karşın, Sudanlı hekimler hâlâ arka kapıdan işe alınmaya devam edilmektedir.[1] Koşulların etrafından dolaşabilmek, böylesi bütün anlaşmaların ortak bir zaafiyeti olarak görünmektedir.

[1] Konferansta katılımcılar tarafından sözlü olarak bildirilmiştir. "A Call to Action: Ensuring Global Human Resources for Health," March 22-23, 2007, Geneva. Ajandaya http://www.hret/publications/ihwm.html adresinden ulaşılabilir.

Sahra-Altı Afrika

Afrika sağlık sistemleri, sağlık profesyonellerinin göçünden ciddi olarak zarar görmektedir. Kırsal ve yoksul alanlarda yerleşik hekim ve hemşireler daha iyi çalışma koşulları ve ortamı için şehirlere taşınmaktadırlar. Şehirlerde yerleşik hekim ve hemşireler, donanımı önemli ölçüde yetersiz olan ve yetersiz fonlanan kamu sektöründen özel sektöre geçmektedir (Gerein, Gren ve Pearson, 2006b). Üzerine az çalışma yapılmasına karşın kamu sektöründen hükümet dışı sağlık örgütlerine veya gittikçe artan hastalığa özgü küresel sağlık girişimleri uygulayan diğer yapılara akışlar olduğu sıklıkla belirtilmektedir (bakınız Bölüm 8). Sonuç olarak, hem özel hem de kamu sektöründeki sağlık profesyonelleri, daha yüksek ücret, daha iyi çalışma koşulları, toplamda daha kaliteli bir yaşam ve hem kendileri hem de ailelerine daha çok fırsat yaratmak için ayrılarak, daha gelişmiş ülkelerde çalışmaya gitmektedir.



Şekil 9.1 Hastalık yükü, nüfus payı ve sağlık emekçisi payı. Afrika ve dünyanın geri kalanı.

Kaynak: Şekil, *Ortak Çıkarımız: Afrika Komisyonu Raporu*, 2005, sayfa 184'ten alınmıştır. http://www.cfr.org/publication/8292/our_common_interest.html adresinde mevcut.

Tıp profesyoneline gereksinim tartışmasız olarak en çok Sahra-Altı Afrika'dadır (Dovlo, 2005a; bakınız şekil 9.1) ve buna karşın Afrika'da eğitilmiş önemli sayıda sağlık emekçisi her yıl çalışmak için gelişmiş ülkelere göç etmektedir. En yüksek hekim göçü faktörüne (bir ülkeden hekim kaybının, sağlık alanında çalışmak için geri kalan hekim sayısına oranı hesaplanarak bulunur) sahip 20 ülkeden altısı Sahra-Altı Afrika'dadır (Mullan, 2005). Birleşik Krallık, Birleşik Devletler ve Kanada'da lisans aldığı ve hekimlik yaptığı bilinen Sahra-Altı Afrika'da eğitilmiş en az 11 bin hekim vardır (Hagopian et al., 2005). Bir rapora göre Sahra-Altı Afrika'nın Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne (BKH) ulaşmak için 700 bin hekim ve 700 bin hemşireye daha gereksinimi vardır (Bueno de Mesquita ve Gordon, 2005).

KÜRESELLEŞMEDE SAĞLIK İNSAN GÖÇÜNE YÖN VERENLER

Makro Düzeyde

Küreselleşmenin küresel sağlık insangücü akışını nasıl etkilediğini anlamak için çeşitli yollar vardır. Geniş çerçevede sağlık insangücü göçü diğer bütün göç biçimleri gibi küreselleşmenin bir yönünü tanımlar ve ikisi arasındaki ilişki az çok kendini yineleyen bir hale gelir. Çağdaş küreselleşmenin tanımlayıcı nitelikleri olan ticaret artışı ve serbest yatırım, daha fazla kişi başına gayri safi milli hasılaya yol açması ve teoride sağlık sistemleri için kullanılabilir fonları arttırması ölçüsünde, bir kaynak ülkenin itme faktörlerini azaltabilir. Bununla beraber, önemli sayıda sağlık emekçisinin ülkeden göçtüğü düşük gelirli ekonomilerin çoğu, dünyada ihraç malları fiyatlarının çarpıcı yükselişine bağlı olarak son zamanlarda yüksek düzeylerde büyüme kaydettikleri bazı durumlara rağmen, hâlâ kendi sağlık sistemlerini yeterli ölçüde geliştirmek için yeterli sermayeden yoksundurlar (Bundred, Martineau ve Kitchiner, 2004).

Daha dar ve kanıtlarla daha destekli açılardan, küreselleşmenin farklı yönlerinin daha yoksul ülkelerden daha zengin ülkelere artmış sağlık insangücü akışına yol açtığı birçok yol vardır. Bunların en önemlilerinden bazıları şunlardır:

1. Kötüye giden ekonomik veya daha geniş ifade etmek gerekirse toplumsal ve çevresel koşullar, bazı bölgelerde (özellikle Latin Amerika ve Afrika) en azından kısmen, 1980'lerde ve 1990'larda, Uluslararası Mali Kuruluşlar (Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve bölgesel kalkınma bankaları) tarafından bağış ve borç vermekte yapısal uyum koşulları olarak şart koşulan, hızlı ve kötü zamanlamalı liberalizasyona atfedilebilir.

2. Hükümetlerin kamusal sektörde harcamalarını sınırlayan ve bu nedenle yeterli ücret ve teşvik mekanizmaları yoluyla sağlık insangücü işe alma ve elinde tutabilme yeteneğini sınırlayıcı Uluslararası Mali Kuruluşlar'ın bağışları, borçları ve borç hafifletmeleri ile ilişkili devam eden koşullar (bakınız Bölüm 7).

3. Düşük gelirli ülkelerden, algılanan sağlık insangücü açığı olan yüksek gelirli ülkelere sağlık insangücü akışı üzerindeki göç kısıtlamalarının kolaylaştırılması. Küresel darlık koşulları altındaki sağlık emekgücü pazarlarında bir kişinin mesleki becerileri değerli bir mal haline gelir; sonuç, uluslararası çapta kredilendirilmiş yeterlilikleri olanların dışa göçüdür (Bundred et al., 2004).

4. Kısmen yabancı yatırımcılar ve kredi verenler için daha uygun iç koşullar yaratmak veya borç servisi (çeşitli yollarla borç yükünün hafifletilmesi (ç.n.)) kapasitesini iyileştirmek için yurtdışına gidenlerden gelen para havaleleri yoluyla daha iyi bir ödeme dengesine ulaşmak hedefiyle ihtiyacından fazla sağlık insangücü yetiştirme ve ihraç etmeye yönelik özel politikalar (yine Küba ile Hin-

distan ve Filipinler gibi ülkeler arasındaki açık ayrıma vurgu yaparak).

Sonuç olarak, yüksek hastalık yükü olan daha yoksul ülkelerde emekçilerin olmayışı kaynaklı sağlıkta artmış eşitsizlikler nedeniyle, sağlık insangücü göçü aynı zamanda küresel politika müdahalesi gerektiren bir sorun olarak görülebilir. Bu çerçevede sağlık insangücü krizi, küresel yönlendiricilerin sağlık insangücü göçüyle gözlemsel ilişkisinden çok, bütün ülkelerin diğer ülkelere insan hakları anlaşmaları veya üzerinde uluslararası uzlaşma olan Binyıl Kalkınma Hedefleri altında verdikleri, akışı kendi yasal ve normatif taahüütlerini riske atmayacak şekilde yönetme uluslararası *yükümlülüğü veya göreviyle* ilişkilidir.

Mikro Düzeyde

Bireyler ülkeye özgü olabilen farklı nedenlerle göçmek için motive olurlar (Crush, 2002); aynı zamanda, Tablo 9.2'de özetlenmiş yerleşik, kanıta dayalı "itme" ve "çekme" etmenleri vardır.

Ayrıca yerleşik bir tıbbi göç kültürü vardır. Hagopian ve arkadaşları bu kültürün birçok kaynak ve alıcı ülkede nasıl kök saldığını açıklamaktadır: Sadece tıbbi göç için cesaret kırmakta başarısız olmayıp, aynı zamanda tıbbi göçü aktif olarak cesaretlendirir. Kaynak ülkelerdeki tıp fakülteleri, genellikle göçün yararlarına rol modelliği veya savunuculuğunu yaparlar ve daha büyük mesleki fırsatlar sunan yüksek gelirli ülkelere göçmede başarılı olmuş öğrencileriyle övünürler (Hagopian et al., 2005).

Önemli sayıda hekim ve hemşirenin mesleklerini uygulamak için kaynak ülkelerine geri döndüklerine ilişkin az kanıt vardır, çünkü ülkeden ayrılmalarına yol açan koşullar görünürde değişmemiştir. Alıcı kilit ülkelerde sağlık insangücü sıkıntıları, zaten başlamış olan yangına sadece benzin dökmektedir. Bunun ışığında, kuşkusuz durumu aşırı basitleştiren bir sözcük, sağlık insangücü göçü krizinin çözümüne doğru en önemli, ancak en karmaşık adımı tanımlamaktadır: *Elde tutma.* Elde tutma çabalarının köklenmesi ve tamamen başarılı olması için sağlık emekçilerini ilk başta ayrılmaya iten temel çalışma, ekonomik ve toplumsal koşulların iyileştirilmesi gereklidir. Bu, kamu sağlık hizmetlerinde büyük düzenlemeler (tedarik ve güvence süreçlerinde, tele-tıpta, sağlık emekçilerinin becerilerinin dengelenmesinde iyileştirmeler) ve fonlarda artışlar gerektirecektir. Göçmen sağlık insangücünün ülkeye gönderdikleri paraların kısmen böyle bir fonu sağlayacağı öne sürülebilir, fakat göçmenlerin para gönderdiği daha yoksul ailelerin, kamu tarafından fonlanan nitelikli hizmetler kullanılamadığında, genellikle bu paraları sağlık hizmeti satın almakta kullandığına ilişkin bazı kanıtlar olmasına karşın, göçmen emekçilerin gönderdikleri paralar özel transferler olup, kamu sağlık hizmetlerini finanse etmek için yapılandırılmamışlardır.

Tablo 9.2 Sağlık İnsangücü Göçünde İtme ve Çekme Faktörlerinin Özeti

İtme Etmenleri	*Çekme Etmenleri*
İş Güvecesi	
• İş yokluğu • Yükselememe • Fonlanmamaya bağlı iş yitirme riski	• İş varlığı • Onlara fırsatlardan bahseden meslektaşlar, arkadaşlar ve iş bulma ajansları • Terfilerde adalet
Çalışma Koşulları	
• Kötüleşen çalışma ortamı/tesisler • Yetersiz ilaç ve donanım • Hastaları gerektiği gibi tedavi edememek • Hemşirelerin, mesleğe karşı yaygın toplumsal tutumlar nedeniyle mutsuz olması • Kayda değer stres, fazla çalışma, genellikle yorgunluk ve tükenmişlik ile sonuçlanan kötü hizmet koşulları • Kaliteli hizmeti zora sokan imkansız hasta – sağlık hizmet sunucusu oranları	• Eğitimli ve ehliyetli olarak hekimlik ve hemşirelik yapabilme tatmini • Makul işyükü ve iyi çalışma koşulları
Ekonomik Etmenler	
• Ekonomik olarak ciddi şekilde çöküntüye uğramış ülkelerdeki kargaşa • Düşük maaşlar • Tasarruf yapamama • Maaşların, ev harçlıklarının, emekli maaşlarının ödenmemesi	• Daha yüksek ücret (ve ülkeye para gönderme için fırsat) • Makul ücretlendirme-para biriktirebilme • Yüksek ücret ve iyi sosyal haklar sözüyle uluslararası ölçekte aktif olarak emekçi arayan iş bulma ajansları
Politik Etmenler	
• Politik, ırksal, etnik çalkantı • Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı • Uluslararası ihraç için devlet tarafından sağlık emekçisi eğitimi	• Varlıklı, istikrarlı ve demokratik OECD ülkeleri • Yolsuzluk olmayışı
Fiziksel Güvenlik	
• Suçluluk • Toplumsal cinsiyete dayalı şiddet • HIV'e maruziyet-hasta tedavisi sırasında enfeksiyon riski	• Güvenli ülke • Güvenli çalışma ortamı • HIV enfeksiyonunun önlenmesinde uygun tıbbi donanım
Yaşam Kalitesi	
• Kötü barınma koşulları • İşe gidebilmek için ulaşımda güçlük • İyi bir hayat yaşayamamak	• Çok etniklilik ve farklılığa hoşgörü • İyi yaşam kalitesi
Eğitim	
• Çocuklar için azalan öğretim kalitesi	• Çocuklar için daha fazla fırsat-iyi eğitim ve iyi bir yaşam kazanma yeteneği

Derleme: McDonald ve Crush, 2002; Bundred et al., 2004; Thomas, Hosein ve Yan, 2005; World Health Organization, 2006.

GÖÇÜN KAYNAK-ÜLKE SAĞLIK SİSTEMLERİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Sağlık hizmetleri toplum sağlığının tek belirleyicisi olmamakla birlikte, kuşkusuz önemli bir belirleyicidir. İnsan kaynakları, tıbbi müdahalelerin çoğunun hekim, hemşire veya diğer eğitimli sağlık emekçilerinin hizmetini gerektirmesi nedeniyle etkin, nitelikli sağlık hizmeti için bir önkoşuldur. Yetersiz sağlık insangücü kaynağına sahip olmak kaçınılmaz olarak toplumların sağlığını olumsuz etkiler (Dussault ve Dubois, 2003; Marchal ve Kegels, 2003). Anand ve Barnighausen (2007), sağlık insangücü ve sağlık çıktılarını korele ettikleri çalışmalarında, toplam sağlık insan kaynağının (özellikle hekim, hemşire ve ebeler), ana, bebek ve beş yaş altı ölüm hızları gibi sağlık çıktısı ölçütlerinde, sağlık çıktılarını açıklamakta tipik olarak kullanılan diğer değişkenler kontrol edildikten sonra dahi, istatistiksel olarak anlamlı ölçüde önemli olduğunu bulmuşlardır.

Yoksul ülkelerde sağlık insangücündeki sıkıntılar sağlık hizmetleri ve böylece sağlık çıktıları için yıkıcı olabilir (Tablo 9.3). Anestezi, radyoloji ve patoloji gibi belirli uzmanlıklarda önemli eksiklikler vardır.

Tablo 9.3 Yetersiz Sağlık İnsangücünün Seçilmiş Etkileri

Tedavinin reddedilmesine veya gecikmesine neden olan çok az hasta yatağı
Bakım düzeyini düşüren çok az tedavi kurumu
Azalmış acil bakım
Artmış bekleme süresi, azalmış hasta bakımı süresi ve kötü enfeksiyon kontrolü
Kamu sektöründeki aşırı işyükü, sağlık insangücünü özel sektöre iterek, yoksullara bakan kamu sektöründe daha aşırı işyükü koşulları yaratır
Sağlık emekçilerinin daha fazla aşırı işyükü, stres ve duygusal tükenmeye bağlı işe gelmemelerde artış
Zorunlu olarak özellikle kırsal alanlarda yetersiz eğitilmiş personel tarafından bakım sağlanması

Derleme: Aluwihare, 2005; Bach, 2006; Gerein et al., 2006a.

Daha zengin alıcı ülkelerde bu alanlarda eğitimi olan hekimlere yüksek talep vardır ve bunlar gelişmekte olan kaynak ülkelerde zaten az sayıda bulunmaktadır. Eğitimli özelleşmiş hekimlerin eğitimi daha uzun zaman aldığı ve pahalıya mal olduğundan, bunların dışa göçü kaynak ülkeye ciddi zarar verir. Örneğin, 2004'te kilit iki hekim 700 bin nüfuslu bir Kanada kentinde benzer bir birim açmak üzere işe alındığında, Güney Afrika'da 3 milyon nüfusa hizmet eden bir bölgesel omurilik yaralanmaları birimi kapatılmıştır (Bundred et al., 2004). Tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi de göçün bir sunucu olarak zarar görür ve bu bazı kaynak ülkelerde gelecek sağlık insangücü nesillerini etkiler (Paton, 2006). Göçen uzman sağlık profesyonelleri genellikle düşük gelirli kaynak ülkelerde az sa-

yıdaki aktif veya yayını olan araştırmacı arasındadır. Böyle bireylerin göçü HIV/AIDS, verem, sıtma gibi inatçı yerel toplum sağlığı sorunlarıyla başa çıkmada yenilik ve buluşları boğar (Kirigia, Gbary, Muthuri, Nyoni ve Seddoh, 2006). Sonuç olarak, göç yoluyla eğitimli sağlık profesyoneli havuzunun yitirilmesinin toplumlar için daha büyük etkileri vardır. Hekimler ve aileleri bir ülke nüfusunun eğitimli kısmını oluştururlar ve hekimlerin göçü bu havuzu tüketir. Hekimlerin eşleri de genellikle sağlık profesyonelidir ve çocukları büyük oranda sağlık mesleğine yönelirler. Böylece denizaşırı bir hekimin işe alınması, potansiyel olarak, çok daha büyük bir mevcut ve potansiyel eğitimli sağlık profesyoneli havuzunu tüketir.

TİCARET ANLAŞMALARININ ETKİLERİ

Çağdaş küreselleşmenin tanımlayıcı bir özelliği ikili, bölgesel ve çokyanlı serbest ticaret anlaşmalarının sayısındaki artıştır (bakınız bu ciltte Bölüm 5 ve Bölüm 8). İkili anlaşmaların çok sayıda olması bunların sağlık insangücü hareketine ilişkin şartlarının değerlendirilmesini bu bölüm analizinin kapsamı dışında bırakmaktadır. Bununla beraber yeni bir örnek olarak Japonya ve Filipinler, Eylül 2006'da her yıl 500 kadar Filipinli hemşirenin veya hastabakıcının çalışmak, mesleki eğitim veya dil eğitimi için Japonya'ya girmesine izin veren bir ikili anlaşma yapmışlardır. Yaşlı Japon nüfus artarken bu sayının da artması beklenmektedir (Anon, 2006).

Bir dizi bölgesel ticaret anlaşması ve hareketlilik politikası, kendi tanımlanmış coğrafi alanları içinde emeğin serbest hareketini cesaretlendirmek üzere tasarlanmış özgün tedbirler içermektedir.

AB (AVRUPA BİRLİĞİ)

AB kayıtlı hemşirelerin veya ebelerin herhangi bir diğer üye ülkede serbestçe çalışabileceği kapsamlı bir karşılıklı yeterliliklerin tanınması modeli oluşturmuştur. Sonuç olarak, hareketlilik önündeki engeller, yeterliliklerin tanınmasından çok dil ve diğer engeller olmaktadır (Buchan, Parkin ve Sochalski, 2003).

NAFTA

Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması (North American Free Trade Agreement – NAFTA) bazı (hepsini değil) Kanadalı, Meksikalı ve Amerikalı yurttaşların geçici olarak birbirlerinin ülkelerinde çalışmalarına olanak vermekte ve karşılıklı olarak mesleki yeterliliklerin tanınması için bir çerçeve sağlamaktadır. Uygulamada NAFTA esas olarak Kanada ve Birleşik Devletler arasında hareketi cesaretlendirmektedir. Her iki ülkede de tıp öğrencileri benzer bir eği-

tim almaktadır. Kanadalı tıp fakültesi mezunları bu nedenle Birleşik Devletler'deki bir uzmanlık eğitimi programına başvurabilmekte ve bunu takiben Birleşik Devletler'de çalışabilmek için lisans alabilmektedir; bunun tam tersi de olabilmektedir (Biviano ve Makarechi, 2003). NAFTA onaylı göçmenler için vize gerekli değildir. NAFTA ülkelerinden sağlık emekçilerinin, sınırda yalnızca çalışma belgesi göstermeleri gerekir (Ouaked, 2002).

ASEAN

Güneydoğu Asya Uluslar Birliği (Association of Southeast Asian Nations – ASEAN), sonradan ASEAN Ekonomik Topluluğu'nun (ASEAN Economic Community – AEC) gelişmeye başladığı ASEAN Serbest Ticaret Bölgesi'nin (ASEAN Free Trade Area – AFTA) kurulmasıyla küresel ticari serbestleşme sürecinin bir katılımcısı olmuştur. AEC 2020 yılına kadar ASEAN'ı 500 milyonun üzerinde müşteriye sahip, malların, sermayenin, hizmetlerin ve vasıflı emeğin serbestçe aktığı tek bir pazara dönüştürecektir. Sağlık hizmetleri sektörü hızlandırılacak ve 2010 yılına kadar tamamen serbestleştirilecek 11 öncelikli sektörden biri olarak belirlenmiştir. Şimdi, özgün sağlık taahhütleri için görüşmeler ileri bir aşamadadır. Bunlar hekim, hemşire ve diğer benzer sağlık uygulayıcıları gibi sağlık profesyonellerinin daha serbest hareketi için karşılıklı tanıma düzenlemelerini içereceklerdir (Kovindha, 2006).

MERCOSUR

Güney Ortak Pazar Anlaşması (İspanyolca aknonimi olan MERCOSUR olarak bilinir) 10 Güney Amerika ülkesi arasında bölgesel bir serbest ticaret anlaşmasıdır. Sağlık hizmetlerinde aşağıda tartışılan Dünya Ticaret Örgütü'nün Hizmet Ticareti Üzerine Genel Anlaşma'sında (General Agreement on Trade in Services – GATS) bulunanlarla eş koşulları benimsemiştir.

DTÖ (DÜNYA TİCARET ÖRGÜTÜ)

Bölgesel ticaret anlaşmaları dışında, sağlık emekçisi göçünün etkileri bakımından dikkati en çok DTÖ kuralları çekmektedir. Özgün kaygılar arasında, hizmetlerde ticaretin serbestleşmesini cesaretlendirmek için tasarlanmış yasal olarak zorlayıcı bir dizi çok-yanlı kurallar olan, Hizmet Ticareti Üzerine Genel Anlaşma (GATS) çerçevesinde görüşmeler yer almaktadır (OECD, 2002). En güçlü GATS koşulları aşağıdan-yukarıya, sadece hükümetlerin özellikle kapsamayı kabul ettikleri sektörler ve tedbirlere uygulanırlar. Hükümetler bu kurallara uymayı taahhüt ederken, bunların özgün hizmetler ve hükümet tedbirlerine nasıl uygulanacaklarını belirtebilirler. Taahhütler, bağlayıcı olmayan (yalnız mevcut hükümet ted-

birlerine uygulanan) veya bağlayıcı (mevcut ve müstakbel hükümet tedbirlerini kapsayan) olabilir. Taahhütler bir hizmetler yelpazesi üzerinde veya kapsanan tedbirlerde sınırlamaları içerebilir veya hiç sınırlama içermeyebilir. Taahhütler, hizmetlerin belirli sağlanma yollarıyla sınırlı olabilir veya hizmet sağlamanın bütün olası yollarını kapsayabilir. Bununla birlikte, bu biçimsel esneklik, tam ve bağlayıcı taahhütler ve asgari sınırlamalarla GATS kurallarının menzilini genişleten yoğun görüşme baskılarıyla azaltılır (bakınız Bölüm 5).

Bir başka ülkede geçici olarak bireyler tarafından sağlık hizmetleri sunumuyla en doğrudan ilişkili olan GATS'ın 4. Protokolü'dür (gerçek kişilerin varlığı) (Bach, 2003). Bir ülke, yabancı hekim ve hemşirelerin hizmet sağlayıcı olarak girmesine izin verirse, GATS ülkenin lisans şartlarını şeffaf ve kolaylıkla ulaşılabilir yapmasını, makul ve tarafsız bir şekilde sınavlar yapmasını şart koşar. Aynı zamanda yabancı sağlık emekçilerinin girişine izin vermeyi taahhüt eden ülkelerin, yabancıların ehliyetlerini, bunların ulusal ehil olma kuralları ile uyumlu olduklarından emin olmak için sorgulama hakları vardır. Bu sınamanın maliyeti, süresi veya standartları üzerine özel bir sınırlama yoktur (Martin, 2003). Kuramda, 4. Protokol sağlık emekçileri için uluslararası emek hareketini kolaylaştırmıştır. Ancak uygulamada çok sayıda yabancı ülkede eğitim almış sağlık insangücü alıcısı ülkenin (Kanada, Birleşik Devletler, Birleşik Krallık/Avrupa Birliği ve Avustralya), bazıları akreditasyonu kolaylaştıran ve yeterlilikler için küresel standartlar oluşturan işler yapmasına karşın, hiçbiri hekim, hemşire veya diğer sağlık emekçilerinin hareketini doğrudan kolaylaştıracak taahhütler vermemişlerdir (Blouin, 2005; Broten, 2008). Ancak gelecekte, 4. GATS Protokolü altında yapılacak taahhütlerin gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere sağlık insangücü akışını arttırabilme olasılığı vardır.

SAĞLIK PROFESYONELİ GÖÇÜNÜ YÖNETMEDE POLİTİKA SEÇENEKLERİ

Bundan sonra sağlık emekçilerinin göçünün küresel sağlık eşitliğine zarar vermeyecek şekilde yönetilmesi için ileri sürülen bir dizi politika seçeneğini tartışacağız. Göç küresel bir olgu iken, bu seçeneklerin çoğu daha çok iç (ulusal) arzı ve elde tutmayı iyileştirmeye ilişkindir.

Kaynak Ülkelere Bel Bağlamanın Azaltılması

Ülkeler, belirli bir tarihe kadar ülke içi öz sağlık insangücü arzlarını geliştirme noktasında kendi kendilerine yeterli hale gelmeyi taahhüt etmelidirler. Bu özellikle, ağırlıklı olarak yabancı ülkelerde eğitim almış sağlık profesyonellerine bel bağlamayı sürdüren OECD ülkelerine ilişkin olacaktır ve nihai olarak

çekim faktörlerini (uygun pozisyonlar) azaltacaktır. Örneğin son zamanlarda Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmetleri boş yerleri doldurmakta açıkça yabancı ülkede eğitim almış sağlık emekçileri yerine, ülkesinde eğitim almışları öncelemeye başlamıştır. Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı İşgücü Gelişimi Müdürü Debbie Mellor tarafından 2007 Mart'ında sağlık insangücü göçü üzerine yapılan bir Uluslararası Göç Örgütü (International Organization for Migration – IOM)/Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) toplantısında açıklandığı gibi, Birleşik Krallığın genel hedefi, Avrupalı olmayan uluslararası eğitimli hemşirelere bel bağlama oranını toplam personelin %25 ve %30'u arasında azaltmaktır ki, bu yine de büyük bir rakam olarak kalacaktır. Bununla beraber, gelişmekte olan ülkelerin sağlık insangücüne azami düzeyde bel bağlamayı hedef tahtasına koymak, en azından sorumlu bir başlangıç noktası oluşturacaktır.

Muhtelif kaynak ülkeler becerileri şimdi küresel olarak daha az pazarlanabilir yardımcı (orta düzey veya vekil) sağlık emekçisi eğitmeye ya aktif olarak başlamışlar ya da planlamaktadırlar. Örnekler, örneğin sağlık çalışanlarının (hemşireler değil) aşı ve diğer sınırlı tedavileri uygulamak üzere eğitildiği Tanzanya, Zambia, Güney Afrika ve Malawi'dir. Uygun bir eğitim müfredatıyla ve daha yüksek becerili birinin yardımı veya iyi süpervizyonla böylesi emekçilerin yaygın olarak görevlendirilmesinin, hem kaynak hem de alıcı ülkelerde bazen hekim ve hemşire örgütlerinin iddia ettikleri gibi "ikinci sınıf bir sağlık sistemine" yol açacağına ilişkin hiç kanıt yoktur.

Kırsal Teşvik Planları

Hem kaynak hem de alıcı ülkelerde, kırsal alanlarda önemli derecede sağlık emekçisi darlığı vardır ve bunlar sağlık insangücünün küresel akışında ilk kaybedenlerdir. Birçok ülke tarafından bu sorunun çözümüne yönelik bir girişim, kırsal veya yetersiz hizmet alan diğer alanlarda görev yapan sağlık emekçilerine fazladan ödeme sağlamaktır. Bununla beraber bir çalışma, hekimleri ve hemşireleri çekebilmekte etkin olmak için, bu bölgelerde çalışmayı kabul edenlerin ücret farkının anlamlı olması gerektiğini göstermiştir (Vujicic, Zurn, Diallo, Adams ve Dal Poz, 2004). Teşvikler sadece mali olmayıp, barınma sübvansiyonu, öğrenci borcunu erteleme veya azaltma planları, daha iyi terfi olanakları ve kırsal alanlara gitmek isteyenler için özelleşmiş eğitimi kapsamaktadır (Physicians for Human Rights, 2004). Güney Afrika ve Nijerya gibi ülkelerde, sağlık profesyonellerini belli bir süre için kırsal veya yetersiz hizmet alan diğer alanlarda çalışmaya cesaretlendirmekte bir toplum hizmeti şartı da denenmiştir. Öne sürülen diğer bir strateji hemşirelik ve tıp fakültesi öğrencilerinin son yıllarında hem kırsal hem de kentsel alanlarda çalışacakları intörnlük rotasyonu şartı olmuştur (Serneels, Lindelow, Garcia-Montalvo ve Barr, 2005).

Ülke İçi Sağlık Emekçisi Kaybının Azaltılması

Eğitimli sağlık insangücü kaybı hem alıcı hem de kaynak ülkelerde görülür (Dovlo, 2005b). Bu, bir ülke göçle sağlık profesyonelleri kazandığında fakat bunları işe yerleştiremediğinde görülür. Alıcı ülkeye örnek olarak Kanada'nın yalnızca bir eyaletinde Kanada lisansına sahip olmayan ve bu nedenle kullanılamayan, yabancı ülkelerde eğitim almış 3-4 bin hekim bulunmakta olduğu bildirilmektedir (College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2004). Bunların eğitimleri Kanada lisans kurumlarının gerektirdiği standartlarla karşılaştırılabilir olmayabilir veya bu standartlara ulaşamayabilirken, tartışmasız olarak Kanada için zaten bilgi sahibi olan bu bireylerin becerilerini yeterli düzeye yükseltmek, sıfırdan yeni profesyoneller eğitmekten daha az maliyetli olacaktır.

Aynı zamanda önemli sayıda boş yer olduğunda dahi, ciddi miktarda sağlık profesyonelinin işsiz olduğu hatırı sayılır kaynak ülke vardır. Örneğin 1996-2001 arasında Güney Afrika kamu sektöründe hemşireler için 32 bin boş yer vardı, ancak 25 bin kayıtlı hemşire ülke içinde çalışmıyor veya işsizdi. Bu durum göç dışında sağlık sektörünü etkileyen diğer sorunlara işaret etmektedir (Gent ve Skeldon, 2006). Kenya'da da benzer bir durum bildirilmiştir (McVeigh, 2006). Örneğin kamu sektörü ücret yasası üzerine IMF tarafından tavsiye edilen veya şart koşulan tavanlar şeklindeki bir küreselleşme, bu ironik durumda bir rol oynayabilir; fakat bu aynı zamanda sağlık insangücü planlamasında, yönetiminde ve yetersiz arz krizinden sorumlu fonlamada diğer altta yatan sorunlara işaret eder.

Uluslararası Hareketlilik Üzerine Kısıtlamalar

Kısıtlamalar hem bireylerin kaynak ülkelerden çıkışında, hem de alıcı ülkelere girişlerinde uygulanabilir. Birincisi, genellikle kamu hesabına eğitilmiş bireylerin esas olarak maliyeti geri ödemek için bir dönem ülke içinde çalışmasını gerektiren geçici bağlama biçimi olarak görülmektedir. Sezgisel olarak çekici olmasına karşın bağlamaya ilişkin çok sayıda sorun belgelendirilmiştir (Chikanda, 2005; Mensah et al. 2005; Serneels et al. 2005); örneğin bağlama, dışa göçün ana nedenleriyle başa çıkmakta başarısızdır, sağlık emekçilerinin hoşnutsuzluğunu arttırabilir, ayrılmak için ek bir özendirici veya yurtdışında yıllar harcadıktan sonra eve dönmekte tereddüt yaratabilir, yolsuzluğa ve adam kayırmacılığa eğilimlidir ve cezalarla birlikte olduğunda "bedelin ödenmesinin" kolaylığı kanıtlanmıştır.

Bağlama, bazen potansiyel olarak insanların göç talep etme hakkını ihlal ettiği için de eleştirilmiştir. Bağlama, kamu tarafından sübvanse edilmiş bir eğitimin geri ödemesi için bir sözleşme şeklindeyse, bu hakkın açık bir ihlali yoktur. Ancak insan hakları konuları bu politika seçeneklerinin çoğuyla kesişir.

Alıcı ülkeler de uluslararası hareketliliğe kısıtlamalar koyabilir. Örneğin Gü-

ney Afrika hükümeti etik nedenlerle hiçbir Güney Afrika Kalkınma Topluluğu (South African Development Community – SADC) ülkesinden, bu komşu ülkeler de akut sağlık insangücü darlığı çektiklerinden, sağlık profesyoneli toplamaya göz yummamaktadır. Güney Afrika SADC sağlık insangücü anlaşması, öğrenimlerini Güney Afrika'da tamamlayan yabancı (SADC) öğrencilerin tutulmamasını kapsamaktadır.

Göçmenlerin Kendi Kaynak Ülkelerine Dönüşü

Mevcut kanıtlar şimdiye kadar göçmenlerin geri dönüşünü teşvik eden, özellikle başta dış göçe yol açan ana nedenleri ele almayan planların, maliyetli ve geniş ölçüde başarısız olduğunu göstermektedir. Bu stratejiye dayalı yatırımlar yoluyla küresel sağlık eşitsizliklerinin azaltılması, daha güçlü kanıtlarla destekli seçeneklere yatırımın maliyetleriyle kıyaslanmalıdır. Ancak, esas olarak kendi ülkelerinde bulunmayabilen ileri eğitim amacıyla göç eden sağlık profesyonellerini ayırt etmek önemlidir. Yabancı ülkede eğitim almış ve sonunda Kanada'dan ayrılmış hekimler üzerine yeni bir Kanada çalışması, hekimlerin Kanada'da uzmanlık eğitimlerini bitirdikten sonraki üç yıl içinde, kabaca yarısının evlerine veya komşu ülkelere döndüğünü bulmuştur. Çalışma, bu grup için göçün esas olarak bir eğitim stratejisi olarak hizmet ettiğini göstermektedir (Watanabe, Comeau ve Buske, 2008). Aynı zamanda, Kanada'da yabancı ülkede eğitim almış hekimlerin Kanada'dan ayrılma oranı düşüktür (%9 kadar) ve bunlar küçük bir olasılıkla eve dönmek isteyen, büyük olasılıkla Kanada'dan Birleşik Devletler'e geçmek isteyen yoksul ülkelerden gelen hekimlerdir. Bu, en çok gereksinimi olan ülkelere sağlık insangücü göçünün geri dönüşü için ikna edici bir kanıt değildir.

İnsan Sermayesi Kaybının Telafisi

Telafi kurumu, alıcı ülkelerin veya göçmen sağlık profesyonellerinin, kaynak ülkelerin, asgari olarak eğitim maliyeti yatırımı kayıpları, azami olarak ülkenin yitirilen aktif mesleki hizmet sürecinde verdiği tahmini ekonomik refah kayıpları için zararının karşılanmasıdır. Alıcı ve kaynak ülkelerin çoğu bu seçeneğe önemli ölçüde muhalif görünmektedirler. Kaynak ülkeler, özellikle Binyıl Kalkınma Hedefleri gibi uluslararası taahhütler ışığında, sıklıkla yoksuldan zengine bu tür sağlık insangücü akışlarının ortaya koyduğu "aksi sübvansiyonun" boyutunun telafiyi gerektirdiğini savunmaktadırlar. Alıcı ülkeler genellikle bireylerin bir hak olarak, özgür iradeleriyle göç ettiğini söyleyerek buna karşı çıkmaktadırlar. Ancak telafi için dayanaklar tam olarak, ülkelerin, diğer ülkelerin bu hak altındaki yükümlülüklerini yetine getirme yetenekleriyle çelişecek şekilde hareket etmekten kaçınmalarını gerektiren, diğer insan hakları sözleşme (özellikle halk

arasında "sağlık hakkı" olarak bilinen, Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin 12. maddesi) yükümlülüklerinde yatmaktadır (Bueno de Mesquita ve Gordon, 2005). Dünya Sağlık Asamblesi'nin 59.23 numaralı Kararı'nın (2006 Mayıs) içerdiği ve "telafi" gibi dramatik bir talepten daha uzak "gelişmiş alıcı ülkeler" tarafından sağlanan artmış mali ve mali olmayan destekle kaynak ülkelerdeki sağlık emekçileri için eğitimin dramatik olarak artışının önemine vurgu yapmaktadır. Böylesi bir destek, net maliyetlerin ve kaynak/alıcı ülkelere (olanaksız) yararların hesaplanması, alıcı (donör) ülkelerden kaynak ülkelere (alıcı) daha cömert sağlık yardımı transferleri (büyük olasılıkla, ancak bakınız Bölüm 7) veya malların, sermayenin ve insanların bütün akışları üzerine küresel vergilendirme sistemlerine dayalı transferler (olanaklı, fakat gelecekte değil) temelinde olabilir.

SONUÇ

Göçmek, insanlığın kaçınılmaz bir özelliğidir. İnsanlar daima göç ettiler. Daha iyi fırsatlar olarak hissettikleri şeylerin peşinden gitmeye devam edeceklerdir. Ancak iş, zengin ülkelerde çalışmak için yoksul ülkeleri terk eden sağlık emekçilerine, özellikle hekimlere ve hemşirelere gelince, konu basit bir göçün ötesindedir. Bu sağlık sistemlerinin başarısızlığının bir nedeni değil, belirtisidir.

Hem alıcı hem de kaynak ülkelerde sağlık insangücü göçü krizine set çekecek kilit öge, elde tutmadır. Herhangi bir elde tutma planının ana ögesi, sağlık emekçilerini kalmaya cesaretlendirecek ödeme, yaşam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesidir. Açıkçası bu krizi, birçok kaynak ülkede çalışma ortamı ve koşullarını, toplamda ekonomik ve toplumsal tabloyu iyileştirecek diğer stratejilerle desteklenen, para çözecektir. Bu durum, bu bölümde tanımlanmış politika seçeneklerinde önerildiği gibi, hem kaynak hem de alıcı ülkelerle birlikte uluslararası kurumların özgün eylemlerini gerektirecektir (Kapur ve McHale, 2005).

Ticaretin ve sınır ötesi hareketlilik anlaşmalarının sağlık insangücü akışlarına etkisi bir kaygı unsuru olmaya devam etmektedir. Böyle anlaşmalar genellikle sağlık insangücünün dışa akışının büyük bir faktörü fakat nedeni değilken, anlaşmaların bu akışın nedeni haline gelme potansiyeli vardır ve belki bu durum artmaktadır. Sağlık sektörünün liberalizasyonuna ilişkin deneyim, büyük ölçüde kırsal-kamusal sağlık sistemlerinden kentsel-özel sağlık sistemlerine bir iç drenajın sonucu olarak, bu liberalizasyonu, erişimde eşitsizliklerin izleme eğiliminde olduğunu göstermiştir (Packer, Labonté ve Spitzer, 2007).

Sağlık emekçilerinin göçünü yönetmekte hem önerilen hem de uygulamada olan çeşitli politika seçenekleri bu bölümde ana hatlarıyla belirtilmiştir. En iyi senaryo, *hem* kaynak *hem de* alıcı ülkelerin böyle stratejileri benimsemeleri ve yeri geldiğinde hem kaynak hem de alıcı ülkelere uygun bir şekilde akışları yö-

netecek ikili anlaşmalar yapmaları olacaktır. Ancak, bu kitabın bütün bölümlerinin savunduğu ve küresel sağlık insangücü emek pazarında "itme" ve "çekme" bakımından kanıtların gösterdiği gibi, yalnızca yeniden dağıtım, haklar ve düzenlemeye dayalı politikaların, süren "beyin göçü" krizini kalıcı bir çözüme götürme olasılığı vardır.

KAYNAKLAR

Aluwihare, A. P. R. (2005). Physician migration: Donor country impact. *Journal of Continuing Education in the Health Professions,* 25, 15-21.

Anand, S., & Barninghuasen, T., (2007). Health workers and vaccination coverage in developing countries: An econometric analysis. *The Lancet,* 369, 1277-85.

Anonymous. (2006). *Philippines health care paralyzed by nures' exodus.* Retrieved from: www.healthypages.co.uk.

Attaran, A., & Walker, R. B. (2008). Shoppers drug mart or poachers drug mart? *Canadian Medical Association Journal,* 178, 265-66.

Bach, S. (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues.* Geneva: ILO. Retrieved from: http://www.medact.org/content/health/documents/brain_drain/Bach%20Health%20worker%Miration%20WP%20209.pdf.

———. (2006). *International mobility of health professionals: Brain drain or brain exchange?* Research Papers No. 2006/82. Helsinki: Wider World Institute for Development Economics Research. Retrieved from: http://www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2006/rp2006-82.pdf.

Biviano, M., &Makarehchi, F. (2003). *Globalization and the physician workforce in the United States.* Sixth International Medical Workforce Conference. Ottawa, Canada. Retrieved from: www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/gpw.htm.

Blouin, C. (2005). The impact of trade agreements on the mobility of health workers. Background paper prepared for Canadian research study (Labonté rlabonte@uottawa.ca.)

Bourassa, Forcier, M., Simoens, S., & Giuffrida, A. (2004). Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health,* 2, 1-11.

Broten, L. (2008). *Report on removing barriers for international medical doctors.* Toronto: Government of Ontario.

Buchan, J., Parkin, T., & Sochalski, J. (2003). *International nurse mobility: Trends and policy implications.* London: Royal College of Nursing. Retrieved from: http://www.rcn.org.uk/downloads/InternationalNurseMobility-April162003.doc.

Buchan, J., Jobanputra, R., Gough, P., & Hutt, R. (2006). Internationally recruited nurses in London: A survey of career paths and plans. *Human Resources for Health,* 4.

Bueno de Mesquita, J., & Gordon, M. (2005). *The international migration of health workers: A human rights analysis.* London: Medact. Retrieved from: www.medact.org.

Bundred, P., Martineau, T., & Kitchiner, D. (2004). Factors affecting the global migration of health professionals. *Harvard Health Policy Review,* 5, 77-87.

Burke, J. (2005, 13 February). Sri Lanka accuses NHS of luring away its medical staff. *Guardian Newspapers Ltd.*

Canadian Institute for Health Information (2005). *Canada's health care providers: 2005 chartbook.* Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Retrieved from: http://seurce.cihi.ca/cihiweb/products/HCP_Chartbook05_e.pdf.

———. (2006). *Geographic distribution of physicians: Beyond How many and where.* Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Retrieved from: http://seurce.cihi.ca/cihiweb/products/Geographic_Distribution_of_Physicians_FINAL_e.pdf.

Central Bank of Sri Lanka. (2005). *Annual report 2005.* Sri Lanka.

Chikanda, A. (2005). *Medical leave: The exodus of health professionals from Zimbabwe.* Sourthen Africa Migration Projesct. Cape Town: IDASA. Retrieved from: http://www.sahims.net/doclibrary/Sahims_Documents/Acrobat34.pdf.

College of Physicians and Surgeons of Ontario. (2004). *Tackling the doctor shortage.* The College of Physicians and Surgeons of Ontario.

Crush, J. (2002). The global geaiders: Nationalsm, globalization and the South African brain drain. *Journal of Intarnationol Affairs,* 56, 148-72.

Dovlo, D. (2005a). Migration and the health system: Influences on reaching the MDGs in Africa (and other LDCs). In *International migration and the millennium development goals* (pp. 67-79). New York: UNFPA.

———. (2005b). Wastage in the health workforce: Some perspectives from African countries. *Human Resources for Health,* 3, 1-9.

Dubois, C. A., McKee, M., & Nolte, E., eds. (2006). *Human resources for health in Europe.* Maidenhead, UK: Open University Press. Retrieved from: http://www.euro.who.int/Document/E87923.pdf.

Dussault, G., & Dubois, C. -A. (2003). Human resources for health policies: A critical component in health policies. *Human Resources for Health,* 1.

Evans, R. G. (2008). Thomas McKeown, Meet Fidel Castro: Physicians, population health and the Cuban paradox. *Healthcare Policy,* 3, 21-31.

Gent, S., & Skeldon, R. (2006). *Skilled migration: Healthcare policy options.* Brighton, UK: Developmentt Research Centre on Migration, Globalisation and Policy. Retrieved from: http://www.migrationdrc.org/publications/briefing_papers/BP6.pdf.

Gerein, N., Green, A., & Pearson, S. (2006a). The implications of shortages of health professionals for maternal health in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters,* 14, 40-50.

———. (2006b). The implications of shortages of health professionals for maternal health in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters,* 14, 40-50.

Hagopian, A., Ofosu, A., Fatusi, A., Biritwum, R., Esel, A., Hart, L. G., et al. (2005). The flight of physicians from West Africa: Views of African physicians and implications for policy. *Social Science and Medicine,* 61, 1750-60.

Hawthorne, L. (2001). The globalisation of the nursing workforce: Barriers confronting overseas qualified nurses in Australia. *Nursing Inquiry,* 8, 213-29.

International Pharmaceutical Federation (FIP). (2006). *Global pharmacy workforce and migration report.* The Hague, Netherlands: FIP. Retrieved from: http://www.fip.org/files/fip/HR/FIP%20Global%20Pharmacy%20and%20Migration%20report%20070420006.PDF.

Joint Learning Initative. (2004). *Human resources for health. Overcoming the crisis.* Cambridge, MA: Global Equity Initative, Harvard University. Retrieved from: http://www.golabalhealthtrust.org/report/Human_Resources_for_Health.pdf.

Kapur, D., & McHale, J. (2005). *Give us your best and brightest. The global hunt for talent and its impact on the developing world.* Washington, DC: Brookings Institution Press.

Khadria, B. (2006). International recruitment of nurses in India: Implications of stakeholder perspectives on overseas labour markets, migration and return. *Health Service Research,* 42 (3p2), 1429-36.

Kirigia, J., Gbary, A., Muthuri, L., Nyoni, J., & Seddoh, A. (2006). The cost of health professionals' brian drain in Kenya. *BMC Health Services Research,* 6, 89.

Kovindha, O. (2006, October 16). The right to freedom of health professional movement and the right to health care in ASEAN countries: Lecture presented at 13th Canadian Conference on International Health (CCIH), Ottawa, Canada.

Labonté, R., Packer, C., & Klassen, N. (2006). Managing health professional migration from sub-Saharan Africa to Canada: A stakeholder inqury into policy options. *Human Resources for Health,* 4, 22.

Liese, B., & Dussault, G. (2004). *The state of the health workforce in sub-Saharan Africa: Evidence of crisis and analysis of contributing factors.* Africa region, World Bank.

Retrieved from: http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/No_75.pdf http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDS-ContentServer/WDSP/IB/2005/07/05/000090341_20050705112206/Rendered/PDF/328040Health0workforce0AFHD0No175.pdf.

Marchal, B., & Kegels, G. (2003). Health workforce imbalances in times of globalization: Brain drain or professional mobilty? *International Journal of Health Planning and Management,* 18, S89-S101.

Martin, P. (2003). *Highly skilled labour migration: Sharing the benefits.* Geneva: International Labour Organization. Retrieved from:http://www-ilo-mirror.cornell.edu/public/english/bureau/inst/download/migration2.pdf.

McDonald, D. A., & Crush, J. (2002). *Destinations unknown: Perspectives on the brain drain in Southern Africa:* Pretoria: African Insitute of South Africa.

McVeigh, T. (2006, May 21). Nurse exodus leaves Kenya in crisis. *The Observer.*

Mensah, K., Mackintosh, M., & Henry, L. (2005). *The "skills drain" of health professionals from the developing world: A framework for policy formulation.* London: Medact. Retrieved from: www.medact.org.

Mullan, F. (2005). The metrics of the physician brain drain. *New England Journal of Medicine,* 353, 1810-18.

Nicholas, S. (2007). Movement of health professionals: Trends and enlargement. *Eurohealth,* 8, 11-12.

OECD. (2002). *GATS: The case for open services markets.* Paris: OECD.

Ouaked, S. (2002). Transatlantic roundtable on high-skilled migration and sending countries issues. *International Migration,* 40, 153-66.

Packer, C., Labonté, R., & Spitzer, D. (2007). *Globalization and health workr crisis.* Globalization and Health Knowledge Network: Research Papers. Ottawa: Institute of Population Health, University of Ottawa.

Paton, Carol. (2006, April 14). Doctors-terminally ill. *Financial Mail SA.*

Percot, M. (2006). Indian nurses in the Gulf: Two generations of female migration. *South Asia Research,* 26, 41-62.

Physicians for Human Rights. (2004). *An action plan to prevent brain drain: Building equitable health systems in Africa.* PHR's Health Action AIDS Campaing. Boston: Physicians for Human Rights. Retrieved from: www.phrusa.org.

Pond, B., & McPake, B. (2006). The health migration crisis: The role of four Organisation for Economic Cooperation and Development countries. *Lancet,* 367, 1448-55.

Sernells, P., Lindelow, M., Garcia-Montalvo, J., & Barr, A. (2005). *For public service or money: Understanding geographical imbalances in the health workforce.* World Bank Policy Research Working Paper No. 3686. Geneva: World Bank. Retrieved from: http://ideas.repec.org/p/wbrwps/3686.html.

Thomas, C., Hosein, R, Yan, J. (2005). Assessing the export of nursing services as a diversification option for CARICOM economics: report prepared for the Caribbean Commission on Health and Development.

Tjadens, F. (2002). Health care shortages: Where globalisation, nurses and migration meet. *Eurohealth,* 8, 33-35.

Vujicic, M., Zurn, P., Diallo, K., Adams, O., & Dal Poz, M. (2004). The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health,* 2.

Watanabe, M., Comeau, M., & Buske, L. (2008). Analysis of international migration patterns affecting physician supply in Canada. *Healthcare Policy,* 3, e129-e138.

World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: Working together for health.* Geneva: WHO.

Zurn, P., & Dumont, J. -c. (2008). *Health workforce and international migration: Can New Zealand compete?* Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

10. Bölüm

KÜRESELLEŞME, TİCARET VE BESLENME DÖNÜŞÜMÜ

Corinna Hawkes, Mickey Chopra ve Sharon Friel

GİRİŞ

Dünya muazzam beslenme eşitsizliğiyle karakterizedir. Özellikle çocuklar arasında yetersiz beslenme kabul edilemez derecede yüksek düzeylerde kalmakta, dünya çapında en yoksul ve en savunmasız topluluklarda sağlıksızlığa neden olmaktadır. Aynı zamanda orta ve yüksek-gelirli ülkelerdeki (veya gelişmiş ve geçiş sürecindeki ülkeler) yoksul nüfuslar arasında obezite ve beslenmeyle ilişkili kronik hastalıklara (BİKH) yol açan, enerji-yoğun, fakir nitelikli diyetlere doğru "beslenme dönüşümü" görülmektedir.

Bu bölüm beslenme yetersizliğinin çifte yüküne genel bir bakışla başlamaktadır. Sonra fakir nitelikli diyetlerin artışıyla bağlantılı olan gıda sistemi içinde küreselleşme süreçlerinin rolünü tanımlamakta ve analiz etmektedir: Ulusötesi gıda şirketlerinin (UÖGŞ) yükselişi, uluslararası gıda ticareti ve küresel gıda reklamcılığı ve promosyonun kullanımı. Bölüm bu süreçlerin, aile geçimi ve geliri, küresel demografik dönüşüm ve artan şehirleşme düzeyi gibi toplumsal sistemlerle karşılıklı etkileşimleri yoluyla beslenme alışkanlıklarını nasıl değiştirdiklerini de incelemektedir.

YETERSİZ BESLENMENİN ÇİFTE YÜKÜ

1980'lerden beri dünyada yetersiz beslenen çocukların ve erişkinlerin oranı azaldı. Ancak azalma hızı yavaştı; sayılar yüksek seyrini sürdürdü ve Afrika'da yetersiz beslenen insanların gerçek sayısı yükseldi (Tablo 10.1, 10.2 ve 10.3). Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (GTÖ) 2001-2003 yılları arasında dünyada 854 milyon kişinin yetersiz beslendiğini tahmin etmektedir: 820 milyonu gelişmekte olan ülkelerde, 25 milyonu geçiş süreci ülkelerinde ve 9 milyonu sanayileşmiş ülkelerde (FAO, 2006). Gelişmekte olan ülkelerde bu 1990-92'den beri yalnızca 3 milyon kişilik bir azalmayı temsil etmektedir (Tablo 10.1); 2000 ve 2003 arasında, 1990 ve 1997 arasındaki 26 milyonluk bir azalmayı telafi eden, 23 milyonluk gerçek bir *artış* vardır. Gelmiş geçmiş en yüksek sayıda yetersiz beslenmiş insan Asya'da (esas olarak Güney Asya'da) yaşamaktadır; ancak 1990'dan beri yalnızca Afrika'da yetersiz beslenmiş insan sayısı artmıştır (FAO,

2006). Gelişmekte olan ülkelerde bodur[1] ve düşük kilolu[2] çocukların oranı ve sayısı 1980 ve 2005 arasında azalmıştır, fakat Afrika'da bodur çocukların oranı azalırken sayıları artmış, düşük kilolu çocukların ise hem oranı hem de sayısı artmıştır (Tablo 10.2 ve 10.3). 2005'te gelişmekte olan ülkelerde 165 milyon bodur ve 138 milyon düşük kilolu çocuk olduğu tahmin edilmekteydi.

Tablo 10.1 Gelişmekte Olan Ülkelerde Yetersiz Beslenen İnsanların Sayısı ve Oranı, 1990–1992 ve 2001–2003

Bölge	Yetersiz Beslenen İnsanların Sayısı (Milyon)		Yetersiz Beslenen İnsanların Oranı (%)	
	1990–1992	2001–2003	1990–1992	2001–2003
Sahra-Altı Afrika	169.0	206.2	36	32
Yakın Doğu ve Kuzey Afrika	25.0	37.6	8	9
Asya	569.7	524.0	20	6
Latin Amerika/Karayipler	59.6	52.4	13	10
GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELER	823.1	820.2	20	17

Kaynak: Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü'nden uyarlanmıştır, 2006, s. 32.

Tablo 10.2 Gelişmekte Olan Ülkelerde Bodur Çocukların Tahmini Prevalansı ve Sayısı, 1980 (gerçek) ve 2005 (tahmini)

Birleşmiş Milletler Bölgesi	Bodurluk Prevalansı (%)		Bodurluk Sayısı (Milyon)	
	1980 (Gerçek)	2005 (Tahmini)	1980 (Gerçek)	2005 (Tahmini)
Gelişmekte olan ülkeler	47.1	29.0	221.35	164.70
Afrika	40.5	33.8	34.78	49.40
Asya	52.2	29.9	173.37	110.19
Latin Amerika / Karayipler	25.6	9.3	13.19	5.11

Kaynak: Birleşmiş Milletler Beslenme Alt Komitesi'nden uyarlanmıştır, 2000.

Tablo 10.3 Gelişmekte Olan Ülkelerde Zayıf Çocukların Tahmini Prevelansı ve Sayısı, 1980 (gerçek) ve 2005 (tahmini)

Birleşmiş Milletler Bölgesi	Zayıflık Prevalansı (%)		Zayıfların Sayısı (Milyon)	
	1980 (Gerçek)	2005 (Tahmini)	1980 (Gerçek)	2005 (Tahmini)
Gelişmekte olan ülkeler	37.4	24.3	175.74	137.95
Afrika	26.2	29.1	22.47	42.45
Asya	43.9	25.3	145.95	93.16
Latin Amerika / Karayipler	14.2	4.3	7.32	2.35

Kaynak: Birleşmiş Milletler Beslenme Alt Komitesi'nden uyarlanmıştır, 2000.

[1] Yetersiz beslenmenin toplam etkisini yansıtan yaşa göre böy ölçeği.
[2] Bodurluk ve zafiyetin bir bileşimi olan yaşa göre ağırlık ölçeği (uzunluğa göre ağırlık ciddi ve akut kilo kaybını yansıtır).

Sayısal olarak mikro-besin (vitamin, mineral vb ç.n.) eksikliği daha da büyük bir sorundur. Demir eksikliği ve anemi, gelişmekte olan ülkelerde en az 3,5 milyar insanı etkilemektedir; 740 milyondan fazla insan guatrdan (iyot eksikliğinin bir sonucu) etkilenmektedir ve 2 milyar insan beslenmeye bağlı iyot eksikliği riski altındadır; 78 – 254 milyon kişinin A vitamini eksikliğinden muzdarip olduğu tahmin edilmektedir; çok sayıda insan da çinko eksikliği çekmektedir (United Nations System Sub-Committee on Nutrition, 2000).

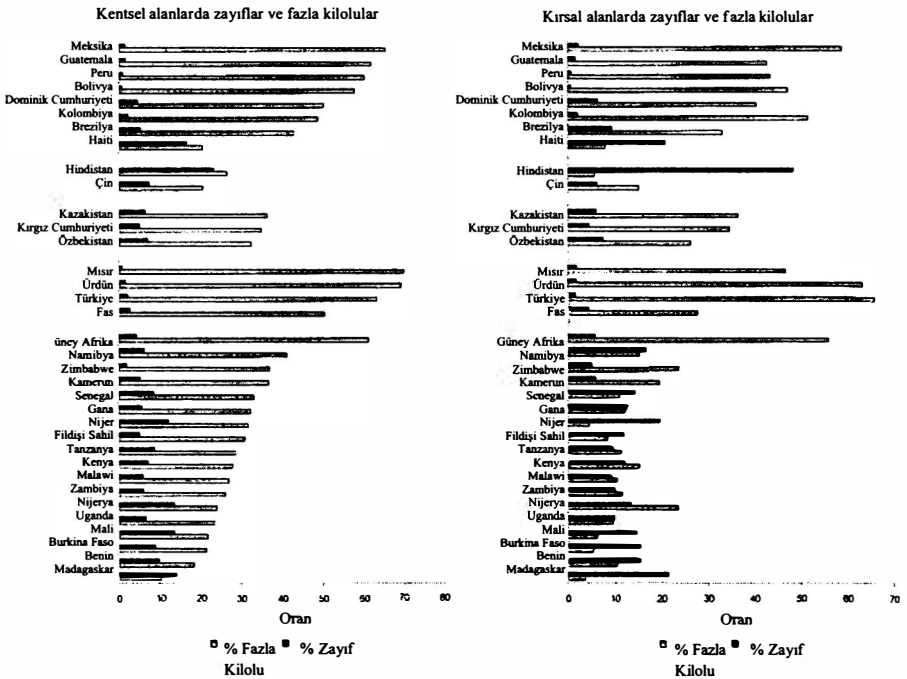
Bu arka plana karşın, özellikle dünyanın gelişmiş veya yüksek gelirli ülkelerinde aşırı kilolu veya obez erişkin ve çocukların oranının ve sayısının artması ironiktir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, 2005 yılında dünya ölçeğinde yaklaşık 1,6 milyar erişkin (15 yaş ve üzeri) aşırı kiloluydu, bunların en az 400 milyonu obezdi (World Health Organization, 2006). Ayrıca 5 yaş altı en az 20 milyon çocuk aşırı kiloluydu. Dünya Sağlık Örgütü 2015 yılına kadar yaklaşık 2,3 milyar erişkinin aşırı kilolu ve 700 milyondan fazlasının obez olacağını tahmin etmektedir.

Obezite, kardiyovasküler hastalıklar (KVH), diyabet gibi beslenmeyle ilişkili kronik hastalıkların (BİKH) gelişiminde ana risk faktörü olması ve bazı kanserlerle birlikte yüksek kan basıncı ve kolesterolün risk faktörleriyle ilişkili olması nedeniyle, önemli bir küresel halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Kardiyovasküler hastalıkların gelişmiş ülkelerde on yıllarca önde gelen ölüm nedenleri olmalarına karşın, şimdi bunların gelişmekte olan ülkelerde de önde gelen ölüm nedeni olduğu tahmin edilmektedir. Kronik hastalıklardan bütün ölümlerin % 80'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (World Health Organization, 2005). Dünya ölçeğinde diyabetik (2000 yılındaki) bireylerin sayısının 171 milyondan (dünya nüfusunun % 2,8'i), 2030 yılında 366 milyona (% 6,5) yükseleceği, bunların 298 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı tahmin edilmektedir (Wild, Rogkic, Gren, Sicree ve King, 2004).

Aynı şekilde, aşırı kilolu ve obez insanların sayısı artmaktadır. Özellikle Brezilya'dan Fas'a, Hindistan'dan Çin'e, Suudi Arabistan'dan Tayland'a gelişmekte olan ülkelerde sayı hızlı bir artış içindedir (World Health Organization, 2000; Popkin ve Gordon-Larsen, 2004; Prentice, 2006). Şekil 10.1'de gösterildiği gibi aşırı kilolu prevalansı gelişmekte olan ülkelerde kentsel alanlarda hatırı sayılır derecede daha yüksektir; ancak Latin Amerika, Orta Doğu ve Güney Afrika'da kırsal alanlarda da aşırı kilolu prevalansı, düşük kilolu prevalansından daha yüksektir. Dahası, yüksek gelirli ülkelerde görülen durum (obezitenin ve ilişkili hastalıkların prevalansının düşük sosyoekonomik durumdakiler [SED] arasında orantısız olarak yüksek olması), orta gelirli ülkelerde yinelenmeye başlamaktadır. Kanıtların son zamanlarda yapılan bir değerlendirmesi, gelişmekte olan ülkelerin gayri safi milli hasılaları (GSMH) artarken, obezite yükünün düşük sos-

yoekonomik durumlu gruplara doğru kaydığı sonucuna varmıştır. Ülkeler kişi başına yaklaşık 2.500 USD'lik bir GSMH eşiğini geçtikten sonra düşük sosyoekonomik durumdaki kadınlarda, oransal olarak daha yüksek obezite hızları görülmektedir (Monteiro, Moura, Conde ve Popkin, 2004). Diğer bir deyişle, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite daha yüksek sosyoekonomik durumdaki gruplar arasında bir sorun olarak başlar, fakat ulusal ekonomiler büyüdükçe risk, daha düşük sosyoekonomik konumlu gruplara doğru kayar.[3] Örneğin Meksika'da son zamanlardaki bir çalışma, yoksul bir yörede yaşayan genç kadınlar arasında altı yıllık bir dönemde aşırı kilo ve obezitenin ikiye katlandığını göstermiştir (Neufeld, Hernández-Cordero, Fernald ve Ramakrishnan, 2008). Bu düşük gelirli topluluklarda, aynı ev içinde obezitenin yetersiz beslenmeyle birlikte bulunduğu (tipik olarak aşırı kilolu anne ile bodur çocuk) bulunmuştur (Doak, Adair, Monteiro ve Popkin, 2000; Garret ve Ruel, 2005).

Beslenme durumundaki bu değişiklikler kısmen değişen diyetlere bağlanabilir. Sıklıkla beslenme dönüşümü olarak adlandırılan durumda insanlar, yüksek



Şekil 10.1 Gelişmekte olan ülkelerin kentsel ve kırsal alanlardaki fazla kilolu ve zayıfların prevalansı.
Kaynak: Mendez ve Popkin, 2004'ten uyarlanmıştır.

[3] Bu ilişki özellikle kadınlarda güçlüdür ve erkekler için daima geçerli değildir.

düzeyde tahıl yenmesiyle karakterize geleneksel beslenme alışkanlıklarına göre daha fazla yağ, tadlandırıcı, enerji-yoğun ve yüksek düzeyde işlenmiş gıdalar tüketirler. Sanayileşmiş ülkelerde, yağlardan, tadlandırıcılardan, yüksek düzeyde işlenmiş gıdalardan zengin beslenmeye geçiş, Sanayi Devrimi'nden beri sürmektedir (Grigg, 1995). Örneğin İngiltere'de kişi başına yağ ve rafine karbonhidrat tüketimi geçen iki yüzyılda 5-10 kat artarken, liften zengin tahıl tüketiminin önemli ölçüde azaldığı tahmin edilmektedir (Uusitalo, Pictinene ve Puska, 2002). Bugün bu dönüşüm orta ve düşük gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir, ancak çok daha yüksek bir hızda (Popkin, 2002). Dönüşüm tipik olarak yağlı tohum ve bitkisel yağ iç üretimi ve ithalatında artışla başlar (Drewnowski ve Popkin, 1997). Sonra hayvansal gıdaların (et, süt) ve çerezler, alkolsüz içkiler, kahvaltılık mısır gevreği ve işlenmiş süt ürünlerinin tüketimi artar. Geçiş aynı zamanda dışarıda satılan gıdalar ve hamburger gibi ev dışında gıda tüketiminde artışla da karakterizedir. Bu değişimlerin bir sonucu olarak açlıklarını bastırmak için yeterli enerji tüketmeyen insanlar, yetersiz mikro-besin desteği yoluyla güvensiz beslenmeyle karşılaşırlarken, yeterli enerji tüketenler de sağlıksız düzeylerde doymuş yağ ve serbest şeker yemek yoluyla güvensiz beslenmeyle karşılaşırlar.

BESLENME ALIŞKANLIKLARININ KÜRESELLEŞMESİ: DEĞİŞEN GIDA VE TOPLUMSAL SİSTEMLER SORUNU

Niteliksiz, enerji-yoğun beslenme alışkanlıklarına doğru beslenme dönüşümü ve artan kronik hastalıklar prevalansının derin köklerinin küreselleşme sürecinde olduğu geniş çevrelerce kabul edilmektedir. Akla yatkın iki yol tanımlanabilir. Birincisi, toplumsal sistemde gelir artması, şehirleşme ve istihdamı kapsayan küreselleşme güdümlü değişimler, diyetsel değişimlerin nedeni olabilir. İkincisi, gıda sistemindeki küreselleşmeyle ilişkili değişimler tüketim için kullanılabilir gıdanın miktarı ve niteliğini değiştirebilir. Hem toplumsal hem gıda sistemindeki değişimler kendi içlerinde veya kendi başlarına önemlidir, fakat kuşkusuz bağlantılıdırlar. Bu durum özgün bileşenlerin etkisinin, kesin olarak belirlenmesini güçleştirir.

TOPLUMSAL SİSTEMDE DEĞİŞİM

Bu bölüm esas olarak gıda sistemi üzerinde odaklanırken, özellikle aşırı-beslenmede gözlenen eşitsiz dağılımı anlamak istiyorsak, küreselleşmenin toplumsal sistem üzerine olası etkisini kavramsal olarak anlamak gereklidir (Friel, Chopra ve Satcher, 2007). Ekolojik çalışmalar artan ulusal gelir ve şehirleşmenin beslenme alışkanlıklarındaki değişimler ve obezite prevalansıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Daha yüksek gayri safi milli hasılası olan ülkeler ve daha çok şehirleşmiş toplumlar yağlardan ve tadlandırıcılardan, daha fazla miktarda enerji

ve protein tüketmektedirler (Popkin, 1999; Dixon et al., 2007). Aynı zamanda vücut kitle endeksinin (VKE) sistolik kan basıncı ile birlikte yaklaşık 5.000 Uluslararası Dolara[4] kadar ulusal gelirle arttığı ve sonra yatay duruma geldiği tahmin edilmektedir. VKE, daha fazla şehirleşmeyle sürekli olarak artar (Ezzati et al., 2005). Bu nedenle küreselleşme, daha yüksek ulusal gelirler yaratma ve daha fazla şehirleşmeyi teşvik etmeye yardımcı olduğu ölçüde, yaşam biçimi ve ilişkili gıda taleplerindeki değişimleri yoluyla beslenme dönüşümüyle ilişkilidir.

Ancak küreselleşme, gelir, şehirleşme, istihdam ve beslenme arasındaki ilişkinin basit olmadığı belirtilmelidir. Birçokları küreselleşmenin gerçekten herkes için daha yüksek hanehalkı gelirlerine yol açıp açmadığı konusunda anlaşmazlığa düşmüştür (bakınız 2. ve 13. bölümler). Bazı ülkelerde düşük sosyoekonomik konumlu insanların daha obezojen besinler tükettiği zaten gösterilmiştir. Bu durum, artan gelir ve obezite arasında ulusal düzeyde bir ilişki olsa bile, bunun bireysel veya hanehalkı düzeyinde işlemeyebileceğine işaret etmektedir. Dahası, düşük sosyoekonomik konumlu insanlar arasındaki beslenme dönüşümü, günümüzün gelişmekte olan ülkelerinde, sanayileşmiş ülkelerde daha önce olan dönüşümlerden daha hızlı görülmektedir. Şehirleşmenin doğası ve sonuçta ortaya çıkan şehir çevresinin, ulaşımsızlık ve komşu düşük gelirli mahallelerde sağlıklı gıda satın alma şanslarının olmayışıyla daha kısıtlı olan düşük gelirli hanehalkları üzerine, daha büyük bir istenmeyen etkisinin olduğu görünmektedir (Dixon et al., 2007). İstihdam koşullarında küreselleşmenin tetiklediği değişimlerin, kanıtların kıt olmasına karşın, beslenme güvenliği üzerine olası sonuçları vardır. Zaman baskısı ve riskli istihdam koşullarıyla ilişkili gerilimler enerji-yoğun gıdalara hızlı erişimi daha çekici kılmaktadır. Daha temelde, değişen emek pazarı koşulları, azalmış iş güvencesi ve ücretli doğum izni gibi özlük haklarına sınırlı erişim anlamına gelmektedir. Bunlar bireyler ve toplumların sağlıklı yaşam seçimleri yapmaları için gerekli mali ve psikolojik kaynakların kuyusunu kazar (Friel et al., 2007). Küreselleşmenin toplumsal sistemde bu değişimler yoluyla diyetleri nasıl etkilediğine ilişkin bir örnek Kutu 10.1'de sunulmuştur.

Kutu 10.1 Diyet Üzerine Etkiler: Hindistan toplumsal sisteminde değişimler.

Hindistan'ın günümüzün en hızlı büyüyen ekonomik güçlerden biri olarak ortaya çıkışı, kısmen 1980'lerin sonunda tarafsızlık ve kendi-kendine yeterli olma tarihsel taahhüdünden uzaklaşarak, daha büyük uluslararası ticari serbestleşmeye, yabancı doğrudan yatırımın serbestleştirilmesine, büyük girişimler üzerine daha az kısıtlamalara ve mali sektörün serbestleştirilmesine geçişinden kaynaklanmaktadır. Ancak, birçok geçiş ülkesi

[4] Verili bir zamanda Amerikan dolarının Birleşik Devletler'de sahip olduğu satın alma gücüne sahip hipotetik para birimi.

gibi Hindistan'ın küreselleşme süreciyle bütünleşmesinin ve eşlik eden yapısal uyum programlarının doğasının, bazı sosyal yardım harcamaları alanlarında kesintiler, düşük istihdam yaratma, daha büyük gelir eşitsizliği ve kalıcı yoksullukla karakterize olduğu görünmektedir (Gupte, Ramachandran ve Mutatkar, 2001).

1997'den beri Hindistan ekonomisinin her yıl ortalama % 5,4 büyümesi, kabaca Bütün Birleşik Devletler'deki orta sınıfla aynı büyüklükte bir orta sınıfın tomurcuklanmasıyla sonuçlanmıştır. Azalmasına rağmen kırsalda ve kent varoşlarında çok ciddi bir sorun olarak kalan kalıcı yüksek yoksulluk hızları ile ulusal zenginlik yan yanadır. Özellikle 1990'lar döneminde kentsel alanlardaki itişin çoğu kayıt-dışı, güvencesiz çalışmaya doğru olmuştur. Ücretlerin enflasyona endekslenmemesiyle, bu büyüyen grup, artan gıda fiyatlarından oransız olarak etkilenmişlerdir (Ghosh, 2002).

Ekonomik büyüme ve işgücü değişiminden en çabuk kentsel orta sınıf profesyoneller ve nitelikli işçiler yararlanmışlardır ve bunlar et, meyve, sebze ve oldukça ithal-yoğun olan yemeklik yağların pazar talebinde artışları ateşlemeye yardımcı olmuşlardır. Bu sayede belli tüketici mallarında bir patlama yaratılmıştır (Ghosh, 2002). Ekonominin küreselleşmesi aracılığıyla orta sınıf Hint beslenme alışkanlıkları, Batı'nınkilere (doymuş yağ ve rafine şekerden yüksek) dönüşmüştür.

Hindistan'ın sürekli ekonomik büyümesine karşın, 1987 ve 1988 arasında, 1993 ve 1994 arasında yılda % 2,5 artan istihdam, 1993 ve 1994 arasında ve 1999 ve 2000 arasında % 1,1'e gerilemiştir. Bu küreselleşme süreci boyunca tarım sektöründe çalışma durgunlaşmıştır (Papola, 2005). İç üretimi destekleyen devlet sübvansiyonlarının azalması, iç fiyatların daha ucuz ithalata bağlı çökmesi, teknolojik ve altyapısal etmenler, hem ulusal gıda üretiminin doğasını hem de tarım sektöründe çalışanların istihdam ve çalışma koşullarını etkilemiştir.

GIDA SİSTEMİNDE DEĞİŞİMLER

Küreselleşme, gıda sisteminin doğasını köktenci bir şekilde değiştirerek de diyetleri etkilemektedir. Kennedy, Nantel ve Shetty tarafından ifade edildiği gibi;

> [K]üreselleşmenin, dünya ölçeğinde gıda sistemleri üzerine gıda üretiminde, temininde ve dağıtımında ve gıda ticareti ortamında değişimler yoluyla gıdanın bulunabilirliğini ve gıdaya erişimi etkileyen bir temel etkisi vardır. Buna karşılık sosyoekonomik tabakalarla beslenme alışkanlıklarına dayalı tüketim kalıpları ve beslenme durumunu izleyen değişimler, gıda kültüründe kademeli bir değişim meydana getirir (2004, sayfa 1).

Kanıtlar, beslenme alışkanlıklarının gıda sistemindeki üç önemli değişim tarafından etkilendiğini düşündürmektedir: Ulusötesi süpermarketler dahil ulusötesi gıda şirketlerinin büyümesi; uluslararası gıda ticareti ve yabancı doğrudan yatırımın serbestleşmesi; küresel gıda reklamcılığı ve promosyonu (Tablo 10.4). Üçünün hepsi küreselleşme sürecinde önemlidir ve gıdanın bulunabilirliğini, fiyatlarını ve arzu edilirliğini değiştirerek beslenme alışkanlıklarını etkilemesi olarak kavramsallaştırılabilir.

Tablo 10.4 Beslenme Dönüşümü ile Bağlantılı Küreselleşme Süreçleri

Küreselleşme Süreci	Diyet Üzerindeki Etki
Süpermarketler dahil uluslarüstü gıda şirketlerinin büyümesi	Ticaret ve yabancı doğrudan yatırım yoluyla, fast food outletlerinin, süpermarketlerin ve gıda reklamcılığı ve promosyonuyla işlenmiş gıdaların ulaşılabilirliği artar (fast food, çerezler, meşrubatlar) uluslarüstü süpermarketlerin büyümesi gıdanın bulunabilirliğini (elde edilen ürünlerin çeşidi artar) ulaşılabilirliğini, fiyatını ve gıdanın pazarlanma yolunu değiştirir.
Uluslararası gıda ticareti ve yabancı doğrudan yatırımın serbestleşmesi	İthalatlar, gıdaların sağlanabilirliğini ve/veya fiyatını değiştirir; yatırım sağlanan gıdaların tipini, fiyatını ve satış ve pazarlama yollarını değiştirir
Küresel gıda reklamcılığı ve promosyonu	Farklı gıdaların arzulanabilirliğini etkileyerek gıda tercihlerini şekillendirir.

Ulusötesi Gıda İşlemcilerinin, Fast-Food Şirketlerinin ve Süpermarketlerin Büyümesi

Ulusötesi gıda şirketleri şimdi gıda üretimini, dağıtımını ve pazarlamasını dünya ölçeğinde giderek daha fazla düzenlemektedir. Küreselleşme bu ulusötesi şirketlerin oluşumu için güçlü teşvikler sağlamaktadır (Kutu 10.2). Ulusötesi gıda şirketleri doğrudan yabancı yatırımlar yoluyla, genellikle yerel şirketlerin sahipliğinin kısmen veya tamamen edinilmesiyle büyümektedir. Bu, şirketlerin diğer ülkelerde başka şirketleri satın almasına, satmasına, bunlara yatırım yapmasına izin vermektedir; küresel gıda zincirinin dikey bütünleşmesinin gerçekleştiği işlemlerden biridir.

Gıda temin zinciri boyunca ulusötesi gıda şirketlerinin pazar gücü, küreselleşmeyle hatırı sayılır ölçüde artmıştır. Muzdan, şekere, kahveye küresel olarak ticareti yapılan mallar, şimdi göreli olarak az sayıda işleyici ve perakendeci tarafından kontrol edilmektedir (Vorley, 2003). Et üreticileri ve işleyicileri giderek yoğunlaşmış hale gelmişlerken (Tablo 10.5), en büyük gıda işleyicileri ve satıcıları küresel erişimlerini yaygınlaştırmış ve satışlarını arttırmışlardır (Tablo 10.6) (Hendrickson ve Heffernan, 2005).

Kutu 10.2 Küreselleşme ulusötesi gıda şirketlerinin büyümesini nasıl teşvik etti?

Ulusötesi gıda şirketlerinin oluşması ve büyümesinde kilit süreç olarak gıda sanayisinde doğrudan yabancı yatırımlar

Devlet gıda tekellerinin ticarileştirilmesi, özelleştirilmesi, iç ve dış özel sektör tarafından yatırım için daha fazla açılma fırsatları

Hizmet sektörüne doğrudan yabancı yatırım, Dünya Ticaret Örgütü altında uyuşmazlık çözümü mekanizmalarının kolay ve elverişli duruma getirilmesi, daha güçlü ve daha geniş fikri mülkiyet haklarının (bakınız 11. Bölüm) ulusötesi gıda şirketlerinin iş yapmalarını ve sermayeye ve teknolojiye erişimlerini kolaylaştırmasıyla, ulusötesi gıda şirketleri tarafından daha fazla yatırımın teşvik edilmesi

Daha serbestleştirilmiş sınır-ötesi ticaret ve doğrudan yabancı yatırım, bir gıdanın üretim, işleme, dağıtım ve satışının bütün yönlerine katılan ulusötesi gıda şirketleri ve bunların satın alma, müteahhitlik şirketleri ve hizmetleriyle, bütün gıda temin zincirini uluslarüstü gıda şirketlerinin kontrolü altına sokarak "küresel dikey bütünleşmeyi" kolaylaştırır

Sınır-ötesi ticaretin daha fazla serbestleşmesi, aynı zamanda bir şirkette maliyetlerin daha düşük, düzenleyici, politik ve toplumsal sistemlerin elverişli olduğu girdi, üretim alanları ve çıktı arayışı içinde olduğunda "küresel istihbaratı" kolaylaştırır. Dikey bütünleşme ve küresel istihbarat ulusötesi gıda şirketlerinin maliyetleri azaltmasını sağlar, mal üretimi ve ürün satışlarının belirsizliğine karşı koruma oluşturarak daha fazla büyümelerini teşvik eder.

Tablo 10.5 Birleşik Devletler'de Seçilmiş Gıda Sektörlerinin Konsantrasyon Oranı (K.O.)*

Sektör	Tarihsel KO (tarih)	2003'de KO
Sığır eti paketleyicisi	%72 (1990)	%84
Izgaralar	%44 (1990)	%56
Domuz eti paketleyicisi	%40 (1990)	%49
Gıda perakendecileri	%24 (1997)	%46

Kaynak: Hendrickson ve Hofferman'dan uyarlanmıştır, 2005.
Not: K.O., belirli bir gıda sektöründeki en tepedeki dört firmanın yığılma oranıdır (% 100'e göre).

Tablo 10.6 Gıda İşlenmesi ve Perakendesinde En Büyük Ulusötesi Gıda Şirketlerinin Satışları, 2000'lerin ortası

Sektör	TFC (ülke temelinde)	Satış Amerikan Doları Milyar (yıl)
Gıda işleyicileri	Kraft Gıda Şti (ABD)	21.9 (2003)
	Tyson Gıda Şti (ABD)	21.9 (2003)
	Pepsico Şti. (ABD)	18.3 (2003)
Gıda perakendecileri	Wal-Mart (ABD)	244.5 (2004)
	Carrefour (Fransa)	64.7 (2004)
	Royal Ahold (Hollanda)	59.2 (2004)

Kaynak: Hendrickson ve Hofferman'dan uyarlanmıştır, 2005.

Güçte en dramatik artış, gıda sisteminde baskın oyuncular olarak ortaya çıkan gıda perakendecileri arasında olmuştur (Murphy, 2006). Avrupa'da 2003'te 160 milyon tüketici, 3,2 milyon çiftçi ve üreticiye yalnızca 110 perakende satış şubesi hizmet sunmuştur (Vorley, 2003). Avrupalı ve Birleşik Devletler merkezli bakkaliye perakendecileri ulusötesi biçimde genişlemektedirler: 2002'de Fransa merkezli Carrefour'un satışlarının %49'u, Hollanda merkezli Royal Ahold'un satışlarının % 85'i yabancı pazardan gelmiştir (Vorley, 2003). Wal-Mart ilk kez gıda satmaya başladığından bu yana sadece 10 yıl içinde toplam satışlarının %45'i bakkaliyeden gelen, dünyanın en büyük bakkaliye zinciri olarak ortaya çıkmıştır (Murphy, 2006). Wal-Mart'ın 2004'te küresel bakkaliye pazarının %6,1'ine ve Carrefour'un %2,3'üne sahip olduğu tahmin edilmiştir. 2003'te en üstteki 30 perakendeci Asya ve Okyanusya'da pazarın %19'una ve Latin Amerika'da %29'una sahipti; bütün kıtalarda birleşmeler ve satın almalar sürüyor. Süpermarketler şimdi Latin Amerika'da perakende gıda sektörünün %50-60'ını kontrol etmektedir. Bu eğilimlerin etkisi heryerde aynıdır: Süpermarket zincirleri tüketicilere bir yerde her çeşit gıdayı dağıtmak için sermaye ve know-how (teknik bilgi) getirerek, yerel gıda dükkanlarının yerini almaktadır (Murphy, 2006).

Ulusötesi gıda şirketleri gıda teminini, reklamcılık ve promosyonlarla işlenmiş ve hızlı gıdaları daha arzu edilir kılarak, gıda işleyici şirketlerin, büyük uluslarüstü süpermarketlerin ve hızlı gıda satış yerlerinin büyümesi yoluyla işlenmiş ve hızlı gıdaların bulunabilirliğini arttırarak değiştirmiştir (Mc Michael, Shetty ve McPherson, 1997; Lanf, 1999; Chopra, Galbraight ve Darnton-Hill, 2002; Chopra, 2002; Hawkes, 2002, 2006; Chopra ve Darnton-Hill, 2004, Kennedy et al, 2004; Kinabo, 2004; Sawaya, Martins ve Martins, 2004).

Ulusötesi gıda şirketlerinin gelişmekte olan ülkelerdeki en büyük yabancı şubeleri genellikle bazı işlenmiş gıda türlerini üretmekte özelleşmiş gıda şirketleridir (Tablo 10.7). Doğrudan yabancı yatırım, özellikle böyle gıdalar için büyüyen küresel pazarı şekillendirmekte önemli bir rol oynamıştır (Connor, 1994; Vepa, 2004; Hawkes, 2005, 2006). Gıda işleme şimdi, gıda sisteminin diğer kısımlarına göre doğrudan yabancı yatırımın en önemli alıcısıdır ve doğrudan yabancı yatırım küresel işlenmiş gıda pazarında, ticaretten daha önemlidir. Birleşik Devletler'in yabancı gıda işleme şirketlerine doğrudan yabancı yatırımı 1980'deki dokuz milyar Amerikan doları düzeyinden 2000'de 36 milyar Amerikan dolarlık düzeye çıkmıştır. Şirketlerin satışları 1982'deki 39,2 milyar Amerikan dolarlık düzeyinden 2000'de 150 milyar Amerikan dolarlık düzeye çıkmıştır; aksine işlenmiş gıda satışlarında oluşan ticaret 2000'de göreli olarak küçük kalmıştır (30 milyar Amerikan doları). Bu doğrudan yabancı yatırımın yüksek bir oranı hâlâ yüksek-gelirli ülkeleri hedeflerken, giderek artarak gelişmekte olan veya geçiş

pazarlarına, özellikle Latin Amerika, Asya, Orta ve Doğu Avrupa'ya girmektedir. Kanıtlar aynı zamanda, gıda işleyici şirketlere doğrudan yabancı yatırım artarken, tahsis edilen yatırımın merkeze ihraç edilen ürünlerden, ev sahibi ülke pazarında satış için gıdalara doğru kaydığını göstermektedir. 1998'de Birleşik Devletler gıda şirketlerinin şubelerinin satışlarının %74'ü ev sahibi ülke pazarında kalmıştır.

İkinci eğilim, doğrudan yabancı yatırımın temel gıdalardan yüksek derecede işlenmiş gıdalara kayması olmuştur. Örneğin Orta ve Doğu Avrupa ile Baltık ülkeleri 1990'larda gıda sektörüne hızla tırmanan ve alkolsüz içki ve hazır giyimde yoğunlaşan, doğrudan yabancı yatırım çekmişlerdir. Polonya'da hazır giyim sektörü 1990 ve 1999 arasında 963 milyon Amerikan dolarlık doğrudan yabancı yatırım çekmiştir (et, balık, un, makarna, ekmek, şeker, patates ürünleri, meyve, sebze, bitkisel yağlar ve yağların hepsi bir araya getirildiğinde, bunlara yapılan doğrudan yabancı yatırımlardan daha fazla). Küresel ölçekte bu eğilim yabancı yatırımcıların yüksek düzeyde işlenmiş gıda sektöründe hakimiyetine yol açmıştır. Çin'de bazıları yabancı şirketlerle başarıyla rekabet eden birçok ulusal ve yerel gıda şirketi vardır. Ancak hazır makarna, alkolsüz içki, çerez, tatlı bisküvi ve hızlı gıdalar gibi ambalajlı gıdalarda yabancı yatırımcılar baskındır. Daha fazla kanıt Kutu 10.3'te tanımlandığı gibi Meksika'dan gelmektedir (Hawkes, 2006).

Hindistan'dan elde edilen kanıtların gösterdiği gibi bu, iç yatırımın işlenmiş gıda sanayii için önemini küçümsemek değildir. Hindistan'da tüketici-gıda sanayii göreli olarak küçük kalmaktadır, fakat 1990'dan beri özellikle ambalajlı ekmek ve bisküvide büyümektedir. Bu ürünlerin tüketimi artmıştır. Ancak, bu büyümenin göreli küçük bir kısmı yerli yatırımdan çok yabancı yatırımdan gelmektedir: 1991 ve 2002 arasında Hindistan işlenmiş gıda sanayisine yapılan 156 milyar Amerikan dolarlık yatırımın sadece iki milyar Amerikan doları doğrudan yabancı yatırımdan gelmişti (Vepa, 2004).

Ulusötesi gıda şirketlerinin büyümelerinin ikinci kilit yönü ulusötesi süpermarketlerdir. Süpermarketler hızla gıda sisteminde yeni güç odağı haline gelmiştir ve şimdi tüketicilere giderek daha fazla dünyanın gıdasını sağlamaktadırlar (Tablo 10.5 ve 10.6). Birleşik Devletler merkezli süpermarket zincirlerinin doğrudan yabancı yatırımları, 1990'daki dört milyar Amerikan dolarlık düzeyden 1999'da yaklaşık 13 milyar Amerikan dolarlık düzeye büyümüştür. Avrupa merkezli süpermarketler daha da büyük ölçüde ulusötesileşmiştir: Carrefour (Fransa), Tesco (Birleşik Krallık) ve Mervo (Almanya), dünya ölçeğinde dünya lideri Wal-Mart'tan sonra en büyük ikinci, üçüncü ve dördüncü süpermarketlerdir (Hendrickson ve Heffernan, 2007).

Süpermarketlerin büyüyen öneminin beslenme alışkanlıklarıyla ilişkili iki önemli etkisi vardır: Talebin evde üretilmiş gıdalar veya açık ("ıslak") pazarlardan

Kutu 10.3 Meksika'da yabancı doğrudan yatırım, süpermarketler ve işlenmiş gıdalar.

1994'te Meksika, Birleşik Devletler ve Kanada, Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşmasını (NAFTA) imzaladılar. Anlaşma, yabancı yatırımları kolaylaştırmak için tasarlanmış kilit koşullar içeriyordu ve Birleşik Devletler'den Meksika gıda işleyiciliğine yabancı doğrudan yatırımın hızla ivme kazanmasını uyardı. 1983 ve 1993 arasında Meksika gıda işleme sanayiine Birleşik Devletler doğrudan yabancı yatırımı 210 milyon Amerikan dolarından 2,3 milyar Amerikan dolarına yükseldi. NAFTA imzalandıktan beş yıl sonra Birleşik Devletler'den Meksika gıda sanayiine doğrudan yabancı yatırım 5,3 milyar Amerikan dolarına yükselmişti (işlenmiş gıda üretimine gidenin yaklaşık dörtte üçü).

NAFTA'ya geçişin, aynı zamanda Meksika'da gıda perakende sektörü üzerinde de önemli bir etkisi oldu. Zincir süpermarketlerin, şok marketlerin, özel satış haklı (franchise) bakkalların sayıları 1993'teki 700'ün altındaki düzeyden, 1997'de 3.850'ye ve 2004'te 5.729'a yükseldi (Hawkes, 2006). Büyüme önemli ölçüde yabancı merkezli perakendecilerin büyük yatırımları yoluyla gerçekleşti. Modern perakendeciler, özellikle süpermarkerler ve özel satış haklı bakkallar şimdi ülkedeki bütün gıda perakendeciliğinin %55'ini oluşturmaktadır. Birleşik Devletler merkezli Meksika Wal-Mart (Walmex olarak bilinir) özellikle başarılı oldu; bu mağaza şimdi ülkenin önde gelen perakendecisidir. 2004'te 79 şehirde 420 Walmex süpermarketinde, şok marketlerde ve 290 Walmex lokantasında 663 milyon müşteri işlemi oldu; 2004'te satışlar %11 artarak 12,4 milyar Amerikan dolarlık rekor seviyeye ulaştı. Şirket aynı zamanda Meksika'daki diğer şirketlerden daha fazla insan (109.075) istihdam etmektedir.

Meksika'da Walmex gibi büyük süpermarketler küçük, aile-bakkallarından (*tiendas*) çok daha fazla çeşit işlenmiş gıda depolamaktadırlar. Süpermarketlerin yükselme dönemi boyunca işlenmiş gıdaların (alkolsüz içkiler, çerezler, fırında pişmiş gıdalar ve süt ürünleri) satışları, diğer gıda gruplarına göre hızla genişledi (1995–2003 arasında yılda %5–10 hızla). Daha önemlisi, binlerce *tiendas* da hemen hemen yalnızca alkolsüz içki ve çerez satmaktadır.

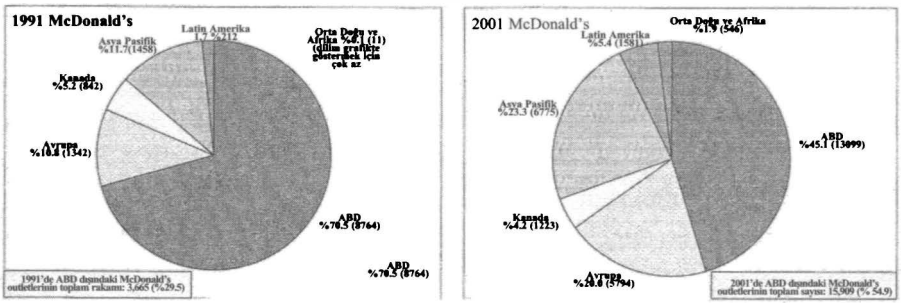
Hızlı-gıda şirketleri süpermarketlerle birlikte büyüdüler. Şekil 10.2, 1991 ve 2001 arasında Birleşik Devletler'de McDonald's mağazalarının sayısı hızla artarken, Birleşik Devletler dışındaki mağazaların daha da yüksek bir hızda arttığını göstermektedir. Diğer veriler, hızlı-gıda mağazalarının oldukça az sayıda kaldığı Tanzanya gibi ülkelerde dahi bu mağazalarının varlığının ve popülaritesinin, reklam ve promosyonla takviye edilerek hızla yükseldiğini göstermektedir (Kinabo, 2004).

satın alınan gıdalardan, ulusötesi gıda şirketleri tarafından sağlanan, mağazadan alınan gıdalara bağımlılığa kayması; özellikle işlenmiş gıdalarda bulunabilir gıda seçimlerinin genişlemesi (Lang, 1999; Chopra, 2002; Cwiertka ve Walvaren, 2002; Fajardo, 2004; Kennedy et al., 2004; Kinabo, 2004; Pingali ve Khwaja, 2004; Sawaya et al., 2004; Schmidhuber ve Prakash, 2004; Hawkes, 2006; Popkin, 2006; Dixon et al., 2007). Gelişmekte olan ülkelere süpermarketlerin girişi ilk olarak işlenmiş gıdaların satışında özelleşme yarattı; kurulduktan sonra süpermarketler donmuş et, meyve ve sebzeler şeklinde farklılaştılar (Kennedy et al., 2004; Schmidhuber ve Prakash, 2004; Popkin, 2006). İşlenmiş gıdalara bu odaklanma, süpermarketlerin böyle gıdaların çok daha geniş bir yelpazesini küçük mağazalardan daha iyi bulundurabilmeleri, yeni gıdaları piyasaya sürmenin doğasında olan riskleri küçük mağazalardan daha iyi alabilmeleri ve bunları daha düşük fiyatlardan satabilmeleri nedeniyle görülür (Hawkes, 2006). Yine Meksika olgusu süpermarketlerin büyümelerinin etkilerini tanımlayıcı bir örneğini sunmaktadır (Kutu 10.3).

Tablo 10.7 Endüstriyel veya Tersiyer Şektörlerdeki En Büyük Üç Yabancı İştirak Arasında Hangi Gıda Şirketlerinin Olduğuyla İlgili Düşük ve Orta Gelirli Ülke Örnekleri

Ülke	Sektör (satışlar açısından yeri 1-3)	Şirket Adı (Ülke Temeli)	Satış (Amerikan Doları Milyonu)[a]
Afrika			
Cezayir	Gıda, günlük (1)	Laiterie Djurdjura (Fransa)	29.8
Ümit Burnu	İçecekler, bira/meşrubat (1)	Ceris-Soc CV Cerveja Ref (Lüksemburg)	1.8
Kenya	Gıda, paketlenmiş (3)	Unilever Kenya (Birleşik Krallık)	141.0
Fas	Gıda, paketlenmiş (3)	Nestlé Maroc (İsviçre)	88.4
Ruanda	İçecekler, bira/meşrubat (1)	Brasseries et Limonaderies (Hollanda)	28.6
Zimbabwe	Gıda, et (1)	Meat Importers (Birleşik Krallık)	25.0
Asya / Pasifik			
Kamboçya	İçecekler, hafif (2)	Cambodia Beverage Company (Coca Cola) (Singapur)	Bilinmiyor
Samoa	İçecekler, bira/meşrubat (2)	Samoa Breweries (Japonya)	Bilinmiyor
Orta ve Doğu Avrupa			
Arnavutluk	İçecekler, hafif (2)	Coca-Cola Bottling Enterprises (ABD)	Bilinmiyor
Bosna-Hersek	İçecekler, hafif (3)	Coca-Cola (ABD)	Bilinmiyor
Hırvatistan	İçecekler, bira (1)	Zagrebacka Pivovara DD (Belçika)	49.4
Estonya	Gıda, et işlenmesi (3)	Rakvere Lihakombinaat AS (Finlandiya)	72.8
Kazakistan	Çeşitli, gıda dahil (1)	Procter & Gamble (ABD)	150.0
Moldova	Gıda, süt ürünleri (2)	Alba (ABD)	Bilinmiyor
Romanya	Perakende, gıda dahil (1)	Metro Cash and Carry SRI (Almanya)	359.8
Ukrayna	İçecekler, hafif (3)	Coca-Cola Beverages Ukraine Ldt. Co. (ABD)	42.0
Latin Amerika			
Brezilya	Perakende, gıda dahil (2)	Carrefour Comercio E Industria (Fransa)	4412.0
Kosta Rika	Gıda, meyve üretimi (3)	Standard Fruit Company de Costa Rica (ABD)	173.0
Ekvator	Gıda, paketlenmiş (2)	Nestlé Ecuador (İsviçre)	102.0
Meksika	Perakende, gıda dahil (1)	Wal-Mart de Mexico (ABD)	9607.0

Kaynak: Hawkes, 2005. İzinle tekrar basıldı.
Not: Bilgiler 1999, 2000, 2001 veya 2002'den alınmıştır.



Şekil 10.2 Bölgelerce ayrılmış dünyadaki McDonald's outletlerinin sayısı, 1991 ve 2001 (oran ve sayı) Kaynak: Hawkes, 2002. İzinle tekrar basıldı.

Ulusötesi Gıda Şirketleri ve Değişen Beslenme Kalıpları

Kuşkusuz bugün küresel beslenme alışkanlıkları içinde işlenmiş gıdalar daha fazla yer almaktadır. 2000 ve 2005 arasında ambalajlı gıdaların satışı 1.095 milyar Amerikan dolarından 1.455 milyar Amerikan dolarına yükselmiştir (Euromonitor, 2006) Küresel olarak en hızlı büyüme, çerez barlarında ve takiben hazır yemeklerde olmuştur. Hızlı-gıda zincirlerinde işlemlerin sayısı da dünyanın bütün ülkelerinde artmaktadır (Şekil 10.3). Gelişmekte olan ülkelerde işlenmiş gıdaların satışları gelişmiş ülkelerdekinden düşüktür (bütün gıda harcamalarının gelişmiş ülkelerde hemen hemen yarısı olmasına kıyasla, dörtte-biri veya daha az) ve birincil işlenmiş gıdaların satışları (yağlar ve yemeklik yağlar) yüksek düzeyde işlenmiş gıdaların satışlarına göre daha fazladır. Ancak bütün işlenmiş gıdaların yıllık satış büyümesi yüksek gelirliden orta gelirli ülkelere %7 olmasına karşın, düşük gelirliden orta gelirli ülkelere %29 civarındadır. Örneğin Brezilya'da hamburger, bisküvi, hazır tatlı, yoğurt ve katkılı süt net satışlarında büyüme miktarı 1993 ve 1997 arasında ortalama %27'ye ulaşmıştır. Bu, bitkisel yağlar, margarinler, sığır eti, kümes hayvanları eti ve domuz etinde %5 olmuştur. Kahvaltılık tahılların satışları birçok gelişmekte olan ülkede iki ve üç haneli büyümeler gösterirken, Doğu Avrupa ve Latin Amerika'da hazır yemek satışlarındaki büyüme çarpıcı olmuştur. Alkolsüz içecek satışları Doğu Avrupa, Asya ve Latin Amerika'da hızla büyümektedir. Vietnam, Çin ve Endonezya'nın işlenmiş gıda perakende satışları için gelecek yıllarda, sırasıyla %11, 10 ve 8'lik büyüme hızı tahminleriyle, en hızlı büyüyen pazarlar olması beklenmektedir. Kore, Tayland, Hindistan ve Filipinler, toplam ambalajlı gıda perakende satışlarının yıllık %5-7 büyümesi beklentisiyle, en üst 10 büyüyen pazar arasında sıralanmaktadır.

Bununla beraber ulusötesi gıda şirketleri tarafından üretilen işlenmiş gıdaların miktarındaki değişimler üzerine doğrudan kanıtlar bulunmamaktadır. Aslında bir çalışma (Adair ve Popkin, 2005) bu gıdaların gelişmekte olan ülkelerdeki

gençler arasında, beslenmeye göreli olarak çok az kalori katkısı yaptığını düşündürmektedir. Çalışma Çin'de, Rusya'da, Filipinler'de (Manila büyükşehrinde Cebu) ve Birleşik Devletler'de gençler arasında hızlı-gıda, çerezler ve alkolsüz içecekler tüketimindeki değişimleri incelemiş, Birleşik Devletler'de bu gıdaların alımının 1977 ve 1996 arasında toplam enerji alımının %10,5'inden, %21,2'sine, ikiye katlandığını bulmuştur.

Bu gıdaların diğer ülkelerde kalori alımına katkısı daha az olmuştur. Çinli gençlerde modern çerezler, hızlı gıdalar ve alkolsüz içecekler hem 1991'de hem de 2000'de kalori alımının %0,1'inden daha azını oluşturuyordu. Rus gençlerinde 1994 ve 2003 arasında modern çerezlerden gelen kalori yüzdesi %0,9'dan %1,4'e yükseldi, hızlı gıdalar %0,2'de aynı kaldı ve alkolsüz içecekler %0,2'den %0,5'e çıktı. Cebulu gençlerde modern çerezlerden gelen kalori yüzdesi %2,6'dan %0,6'ya geriledi, hızlı gıdalar %0,7'de aynı kaldı ve alkolsüz içecekler %1,6'dan %3'e yükseldi. Kanıtlar, Birleşik Devletler'e göre bu ülkelerde bu ürünlerin beslenme anlamında daha fazla önem kazanmasına karşın, gençlerin beslenme alışkanlıklarında hızlı gıdalar, çerezler ve alkolsüz içeceklerin varlığının göreli olarak küçük kaldığını göstermektedir.

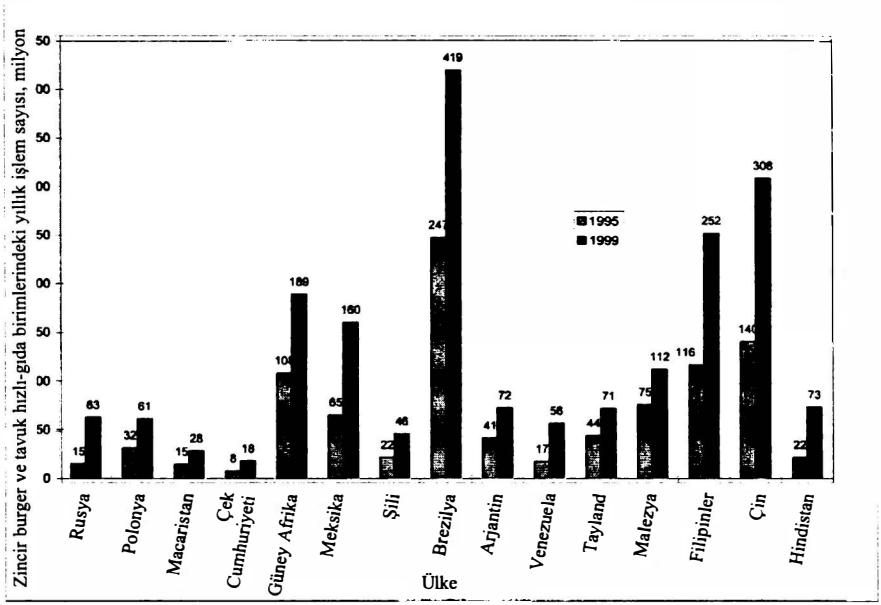
Aynı zamanda büyük süpermarketlerin büyümesinin beslenme kalıplarını nasıl etkilediğine ilişkin çok az doğrudan kanıt bulunmaktadır. Açıktır ki, tüketiciler diğer mağazalara göre süpermarketlerden daha çok gıda satın almaktadırlar ve süpermarketler geniş bir yelpazede gıdalar satmaktadırlar. Ancak bu değişimin diyete etkileri henüz özenli bir soruşturmanın öznesi olmamıştır.

Uygulamada ulusötesi gıda şirketleri tarafından üretilen gıdaların tüketiminin doğrudan ölçümü, beslenmeye etkisinin kanıtlanması için en iyi kaynak olmayabilir. Bunun nedeni ulusötesi gıda şirketlerinin aynı zamanda dolaylı etkilerinin de olmasıdır (Hawkes, 2006). Ulusötesi gıda şirketlerinin gıda sistem değişimi üzerine, gıdaların satılması ve özendirilmesinde yeni yollar getirerek, rekabetin yeni biçimlerini uyararak yansıyan bir etkisi vardır. Bu şekilde gıdaların bulunabilirliği, erişilebilirliği, fiyatı ve arzu edilirliğini yalnızca ulusötesi gıda şirketleri değil, aynı zamanda gıda pazarındaki bütün aktörler etkiler.

ULUSLARARASI GIDA TİCARETİ

Uluslararası Gıda Ticaretinin Büyümesi

Uluslararası gıda ticaretinin, özellikle ithalatların artışı, geniş çevrelerce besin dönüşümünün önemli bir belirleyicisi olarak algılanmaktadır. Bazı ülkelerde ticari serbestleşme başlangıçta bir iç, tek yanlı strateji olarak benimsenmiştir. Diğerlerinde kotaları kaldırma, gümrükleri indirme ve devletin ticari kurumlarını özelleştirme 1980'lerde başlayarak birçok gelişmekte olan ülkede yapısal uyum programlarının



Şekil 10.3 Belirli ülkelerdeki zincir burger ve tavuk outletlerindeki işlem sayısı 1995 ve 1999
Kaynak: Hawkes, 2002. İzinle tekar basım.

bir parçası olarak gerçekleştirildi. Reformun hızı 1990'larda birçok ülkenin küresel, bölgesel ve ikili anlaşmalarla gıda ticaretini serbestleştirmesiyle ivme kazandı. 1994 Tarım Anlaşması, gıdanın ilk kez Gümrükler ve Ticaret üzerine Genel Anlaşmasında (General Agreement on Trade and Tariffs – GATT) özellikle belirtildiği anlaşmadır. GATT'ın yerini, gümrüklerin indirilmesi, ihraç sübvansiyonları ve ülke içi tarımsal destek konularında ana küresel görüşme mekanizması olmayı sürdüren Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) almıştır. DTÖ kuralları şimdi yaygınlaşan Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması (NAFTA), Mercado Comun Sudamericano (MERCOSUR), Güneydoğu Asya Ülkeleri Birliği (ASEAN) ve Orta Amerika Serbest Ticaret Anlaşması (CAFTA) dahil, bölgesel ve ikili anlaşmalarla tamamlanmıştır. Sonuç, henüz "açık" olarak tanımlanamadığı halde, hâlâ çeşitli biçimlerde yüksek koruma düzeyleri olduğundan, uluslararası gıda ticaretinde daha serbest bir rejim olmuştur.

Gıda ticaretinin küresel değeri 1972'deki 224 milyar Amerikan dolarlık düzeyinden, 1998'de %95 artarak 438 milyar Amerikan dolarına büyümüş olup, aynı zaman aralığında %53 olan dünya nüfus artışını büyük ölçüde aşmıştır. Şimdi gıda, küresel ticaretin %11'ini oluşturmakta ve bu petrolün oranını geçmektedir (Pintsrup-Andersen ve Babinard, 2001; Chopra et al., 2002). Gelişmekte olan ülkelerde gayri safi milli hasılanın payı olarak gıda ithalatı faturaları 1974 ve 2004 arasında iki katından fazla artmıştır ve işlenmiş tarımsal ürünlerden oluşan ticaret miktarı birincil tarımsal ürünlerden daha hızlı yükselmiştir (FAO, 2004).

Uluslararası Ticaret ve Değişen Beslenme Kalıpları

Gıda ithalatlarında bir artışın, gıdanın bulunabilirliği ve/veya fiyatlarını değiştirerek ve bu nedenle tercihlerin şekillenmesine yardımcı olarak beslenme üzerine etkileri olabilir (Chopra et al., 2002; Chopra, 2002). Ancak gıda ithalatlarının daha önce ülke içinde üretilenlerin yerini almaktan çok, gerçekten gıda almanın doğasını değiştirip değiştirmediğine ilişkin kanıtlar oldukça azdır. Örneğin Filipinler'den kanıtlar ithalatların (1999'a ilişkin) toplam süt ve süt ürünleri alımının %50'sinden fazlasına katkıda bulunduğunu göstermektedir, ancak bunun mevcut süt alımına bir ilaveyi veya ülke içinde üretilen sütün yerine geçmesini temsil edip etmediği açık değildir (Pedro, Barba ve Candelaria, 2004). Aynı şekilde Kolombiya'dan kanıtlar, zaman içinde ithal gıdalardan alınan kalori oranlarının arttığını göstermektedir, ancak bunun artmış enerji mevcudiyetine katkı yapıp yapmadığını göstermemektedir (Fajardo, 2004).

Daha ilgi çekici kanıtlar 1990'ların ortasında pazar serbestleşmesinin bitkisel yağ tüketiminde eşzamanlı bir artışa karşılık gelen (Tablo 10.8) düşük-fiyatlı bitkisel yağların ithalatında hızlı bir artışı uyardığı Hindistan'dan gelmektedir (Hawkes, 2006). Bu, aynı zamanda geleneksel fıstık, kolza ve pamuk yağından, ithal palmiye ve soya yağına doğru tüketilen yağ türünde bir değişimi de tetiklemiştir; Drenowski ve Popkin (1997) tarafından gösterildiği gibi, beslenme dönüşümünün, nasıl tipik olarak yağlık tohum ve bitkisel yağların ithalatında büyük artışlarla başladığına iyi bir örnektir. Çin'de de aynı süreç gerçekleşmiştir. 1990'lar boyunca, Çin soya ithalini teşvik etmek için yeni vergi ve ithal düzenlemeleri yürürlüğe sokmuştur. Takiben, soya ve soya yağı ithalatı artmış ve tüketim için mevcut bitkisel yağlardan alınan kalori miktarı, ülke içinde üretilebilecek olana göre yükselmiştir (Tablo 10.8). Aynı zamanda hanehalkı anketi verileri, geçen 15 yılda Çin çapında bitkisel yağ tüketiminin önemli ölçüde arttığını düşündürmektedir. Hâlâ bitkisel yağ ithalatındaki artışın mı tüketim artışını güdülediği yoksa artan tüketici talebinin mi ithalat arışını yönlendirdiği açık değildir.

Ticaretin beslenme dönüşümünde oynadığı rol üzerine en güçlü kanıtlar Pasifik Adaları'ndan gelmektedir. Dört farklı çalışma ithal gıdaların "geleneksel" beslenme alışkanlıklarını, özellikle yağ tüketimini arttırarak değiştirdiğini göstermektedir (Evans, Sinclair, Fusimalohi ve Liava'a, 2001; Schultz, 2004; Hughes ve Lawrence, 2005; Cassels, 2006). Bu değişimlerin çoğu, aslında ekonomik küreselleşmenin modern çağının önünden gitmiştir. 1945'ten önce her Pasifik adası esas olarak gıda bakımından, yerel olarak üretilen temel gıda maddeleri, balık ve meyvelerden oluşan, besin değeri açısından uygun bir beslenmeyle kendi kendisine yeterliydi. 1945'ten sonra Avrupalılar adaları sömürgeleştirdi (küreselleşmenin farklı bir biçimi) ve gıdalar ithal edilmeye başlandı. Bu, adalarda mevcut gıdalarda özgün bir değişime işaret etti: İnsanlar giderek artan miktarlarda ithal gıdalar tüketmeye ve ka-

lori kaynaklarını değiştirmeye başladılar. İthalat artışları bugüne kadar sürmüştür. Fiji'de ithal gıdalardan türemiş toplam enerji alımı 1985 ve 1996 arasında %43'ten %60'a yükselmiştir (Schultz, 2004). Pasifik Adaları ülkelerine özellikle Avustralya ve Yeni Zelanda'dan ucuz koyun artıkları ve Birleşik Devletler'den hindi kuyruğu olmak üzere yüksek-yağlı et kesimlerinin "(s)atıldığı"na ilişkin kanıtlar vardır (Gittlesohn, Haberle, Vastine, Dyckman ve Palafox, 2003; Gewertz ve Errington, 2007).

İthal gıdaların varlığının "sağlıklı" yerel kaynaklı gıdalardan (ithal öncesi), "sağlıksız" yağlı gıdalara (ithal sonrası) bir değişimi uyardığı görünmektedir. Tonga'da et ithalatı (esas olarak yüksek-yağlı piliç parçaları) 1989 ile 1999 arasında 3.389 tondan 5.559 tona yükselmiştir (Evans et al., 2001). Bu dönemde ada nüfusunun 96 binden 100 bine çıktığı dikkate alındığında (Populstat, 2007) bu, kişi başına ithal etin 35 kilodan 56 kiloya çıktığını, yani %57 arttığını gösterir. 1963 ile 2000 arasında adaların yedisinde toplam yağ alımı %5 - %80 arasında artmıştır; en büyük artışlar ekonomik olarak en ileri adalarda (Fransız Polinezyasında %80, Fiji'de %65) olmuştur (Hughes ve Lawrence, 2005). Bunun nedeni ithal yağların, Hindistan cevizi yağı gibi mevcut yağ kaynaklarına *eklenmiş* olmasıdır. Yağ içeren tekil ithal gıdalar, bitkisel yağlar, margarin, tereyağı, et ve piliç, konserve et ve konserve balığı kapsamaktadır. 1998'de Vanuatu ada ülkesinde yapılmış bir anket, ithal gıdalardan tüketilen yağ olarak enerji oranının %8,4 olan kırsal ve yarı-kırsal topluluklarına kıyasla, kentsel topluluklar için %44,8 olduğunu göstermiştir. Geleneksel yağlar yerine ithal gıdalardan yağ tüketen insanlar obez olmaya 2,2 kat ve diyabetik olmaya 2.4 kat daha yatkındırlar.

Başka bir çalışma Mikronezya'nın Federal Devletlerinde gıda ithalinin rolüne ilişkin bazı sınırlı kanıtlar sağlamaktadır (Cassels, 2006). 1960'lar ve 1970'lerde Birleşik Devletler adalara sübvansiyonlar sağlamaya başladığında ilk büyük beslenme değişimi başlamıştır. İthal gıdalar daha erişilebilir ve bulunabilir hale gelmiştir ve bir Birleşik Devletler tarafından sübvanse edilen okul beslenme programı, konserve gıdaların ve pirincin tüketimini teşvik etmiştir. Aynı zaman diliminde adada aşırı kiloluluk ve obezite hızları artmıştır. 1981'de yerel balıkçılık haklarının Japonlara satılmasıyla özellikle önemli bir politika değişimi gerçekleşmiştir. Bundan sonra yerel ton balığı tüketimi azalmış ve konserve balık tüketimi artmıştır.

Bununla birlikte bazıları, değişen beslenme alışkanlıklarının ticaret üzerine, ticaretin değişen beslenme alışkanlıkları üzerine olduğundan daha büyük etkisi olduğunu öne sürmüşlerdir. Diğer bir deyişle, ticaret (artmış gıda ithalatı şeklinde) basitçe kendisi talep yaratmak yerine, özgün gıdalar için artmış talebi karşılar. Örneğin Regmi, Ballenger ve Putnam (2004) dünya ölçeğinde gıda tüketimi kalıplarındaki eğilimleri incelemişler, "Akdeniz diyeti" ile ilişkili ürünlerin (zeytin yağı, makarna ve beyaz peynir) tüketiminin arttığını bulmuşlardır. Çalışma, bu süreci büyüyen gelirlere (gayri safi milli hasıla) ve şehirleşmeye bağlamaktadır. Aynı za-

Tablo 10.8 Hindistan ve Çin'de Bitkisel Yağların İthalatı ve Tüketimi, 1989-1991 ve 2000-2002

	1989–1991[a]	2000–2002[a]
HİNDİSTAN		
Soya fasulyesi ithalatı (milyon ton)	102	432
Soya fasulyesi yağı ithalatı (milyon ton)	25,944	1,055,083
Soya fasulyesi yağından alınan kaloriler/kapsül/gün	11	48
Hurma yağı ithalatı (milyon ton)	353,790	3,317,333
Hurma yağından alınan kaloriler/kapsül/gün	7	66
Yerfıstığı, keten tohumu ve kolza tohumu yağlarından alınan kalori/kapsül/gün	107	76
Tüm bitkisel yağlardan alınan kalori/kapsül/gün	158	231
Bütün bitkisel yağlardan alınan soya fasulyesi kalori olarak yüzdesi (%)	7	21
Bütün bitkisel yağlar arasında hurma yağının kalori olarak oranı (%)	4	28
ÇİN		
Soya fasulyesi ithalatı (milyon ton)	1,961,944	14,368,805
Soya fasulyesi yağı ithalatı (milyon ton)	435,735	736,254
Soya fasulyesi yağından alınan kalori/kapsül/gün	27	78
Tüm bitkisel yağlardan alınan kalori/kapsül/gün	141	213
Bütün bitkisel yağlar arasında soya fasulyesi yağının kalori olarak yüzdesi (%)	19	37

Kaynak: Hawkes, 2006. İzinle tekrar basıldı.

Notlar: [a]1990 ve 2001 sularında üç yıllık ortalamalardır.

manda çalışma, bu talebin, yüksek gümrük engelleri ve ulaşım maliyetleri tarafından engellenmeye devam etmesine karşın, bu ürünlerde artan ticaretle karşılandığına ilişkin kanıtlar sunmaktadır. Artmış gıda ticareti ister talebi yaratsın, ister talebi izlesin (ya da büyük olasılıkla her ikisi birden) gıda reklamcılığı ve promosyonunun beslenme alışkanlıklarının küreselleşmesinde ve bunu izleyen beslenme dönüşümünde önemli bir rol oynadığına şüphe yoktur.

GIDA REKLAMCILIĞI VE PROMOSYONU

Küresel Gıda Reklamcılığı ve Promosyonunun Büyümesi

Reklamcılık ve promosyon küreselleşmenin temel bir işleyişi olmuştur. 1980'lerden bu yana reklam ajansları doğrudan yabancı yatırımlar, birleşmeler ve satın almalar yoluyla ulusötesileşmiş ve dikey bütünleşmiş küresel şirketlere evrilmişlerdir (Hawkes, 2006). Bugün küresel reklamcılık ve promosyon pazarı yalnızca merkezleri Birleşik Devletler, Avrupa veya Japonya'da olan bir avuç iletişim ağı tarafından kontrol edilmektedir. Bu küresel yoğunlaşmanın önemli bir çıktısı, daha önce yalnızca reklamcılıkla ilgilenen ajansların, şimdi medya-dışı reklamcılıkta, pazar araştırmaları ve iletişim hizmetlerinde, müşterilerine eşgüdümlü ve kapsamlı promosyon kampanyaları sunmalarını sağlayan ek bir uz-

manlığa sahip olmalarıdır.

Ulusötesi reklamcılığın ve iletişim şirketlerinin büyümesi, gıda reklamcılığı ve promosyonunun rolünü, gıda ürünlerinin küresel pazarlara akışını hızlandırarak derinleştirmiştir (Hawkes, 2006). Reklamcılık ve promosyon yeni ürünlere dikkat çekerek, benzer ürünler arasında algı farklılıkları yaratarak, ürünlerin görünür değeri ve arzu edilirliğini arttırarak iş görür. Bunu yaparak pazarlama, daha çok tüketiciyi ürünleri tüketmeye ve daha çok üreticiyi ürünleri üretmeye teşvik eder; böylece küresel pazar değişimi ve bütünleşme döngüsünü ilerletir.

Küresel gıda reklam harcamaları yüksektir ve gelişmekte olan ülkelerde durmadan artmaktadır. 1980 ve 2004 arasında toplam küresel reklam harcamaları 216 milyar Amerikan dolarından 512 milyar Amerikan dolarına yükselmiştir (World Watch, Hawkes, 2006'da atıf yapılmıştır). Birleşik Devletler'de gıda sanayiinin reklama 11,26 milyar Amerikan doları civarında harcadığı tahmin edilmektedir. Bu, diğer sanayilerin harcadığından daha fazladır (McGinnis, Gootman ve Kraak, 2006) ve kanıtlar gıda sanayiinin reklam harcamalarını gelişmiş ülkelerde arttırdığını düşündürmektedir. Şekil 10.4 önde gelen iki Birleşik Devletler merkezli markanın harcamalarının 1990'larda Birleşik Devletler'de azaldığını, ancak Birleşik Devletler dışında arttığını göstermektedir; Tablo 10.9 Coca-Cola Şirketinin Birleşik Devletler veya Batı Avrupa ülkelerinde ilk 10 en büyük harcama yapan şirket arasında olmamasına karşın, gelişmekte olan ülkelerde ve geçiş ülkelerinde ilk on arasında olduğunu göstermektedir. Diğer bir deyişle harcamalar, şirketlerin anlamlı ölçüde büyümeye giriştikleri "yeni" (veya en azından daha yeni) pazarlarda en büyüktür.

Batılı ülkelerden kanıtlar gıda reklam ve promosyonunun önemli bir bölümünün çocukları ve gençleri hedeflediğini ve bunların çoğunun yüksek kalorili, besin değeri düşük gıdalar için yapıldığını göstermektedir (Hastings et al., 2003; McGinnis et al., 2006). Gelişmekte olan ülkelerden eldeki çalışmalar da aynı kalıbı göstermektedir. Son zamanlarda gelişmekte olan ülkelerden literatürün sistematik bir değerlendirmesi, verilerin mevcut olduğu ülkelerde çocuklara özellikle televizyon reklamı biçiminde büyük miktarda gıda promosyonu olduğunu ve bu reklamın tipik olarak yüksek derecede işlenmiş, enerji-yoğun gıdalar için yapıldığını ortaya koymuştur (Hastings et al., 2003). Brezilya'da 2002'de bütün gıda reklamlarının %60'ına yakını yağlardan ve tatlandırıcılardan yüksek gıdalar için yapılmıştır (Sawaya et al., 2004). Asya'da gıda, çocukları hedefleyerek yapılan reklamın önemli bir oranını oluşturur. Güney Kore'de %25, Hindistan'da %40-50, Pakistan ve Filipinler'de %50–75 ve Malezya'da %70 (Escalante de Cruz, Phillips, Visch ve Bulan Saunders, 2004).

Kutu 10.4'te tanımlandığı gibi, şirketler gelişmekte olan ülkelerde, çocukları ve gençleri bu ürünleri düzenli ve sık tüketmeyi benimsemeleri için teşvik etmekte birçok teknik kullanmaktadırlar (Hawkes, 2002).

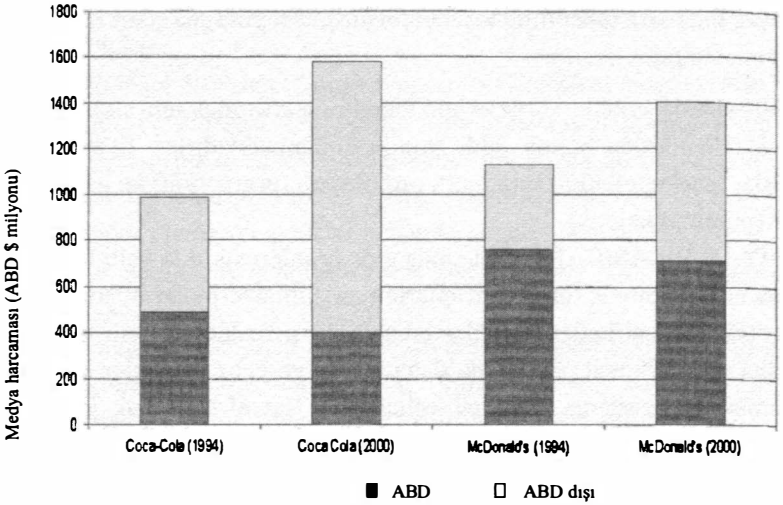
Örneğin Latin Amerika'da alkolsüz içecek şirketleri 1990'ların sonunda Meksika ve Kolombiya'daki okullarda ürünleri "çekici kombo" paketleri içinde satarak "okullarda tüketimi arttırmak" için adım attılar ve Kosta Rika'da "her okulun stratejik alanlarında yeni satış noktaları oluşturdular". Bu stratejilerin okul çocuklarına satışları %50 arttırdığı söylenmiştir. Hindistan'da önde gelen alkolsüz içki şirketi "insanların içkilerinden daha fazla içmesini garantilemek için" bir araç olarak reklamlarında şöhretleri kullandı. Çin'de çocuklar arasında hızlı-gıdaların popülerliği, doğum günü partileri, oyun alanları ve eğitim etkinlikleri kolaylıkları sağlanarak teşvik edildi. Çin'deki bu bulgu, Asya'dan gelen reklam ve promosyonun yeni, Batılı gıdalarla bir kültürel kimlik yaratmakta kullanıldığı şeklindeki antropolojik kanıtlarla desteklenmiştir (Watson, 1997). Bu gelişmekte olan pazarların hepsinde, medya iletişimlerinin yaygınlaşması, uluslararası reklamcılık hizmetleri üzerine kuralların serbestleşmesi ve çocuk televizyon kanallarının sayısının artmasıyla promosyon etkinlikleri büyümeye yazgılıdır.

Gıda Reklamcılığı, Promosyonlar ve Değişen Beslenme Alışkanlıkları

Gıda reklamcılığı ve promosyonunun gıda tüketim kalıplarını etkilediğine ilişkin açık kanıtlar vardır. İki büyük sistematik değerlendirme çocukları ve gençleri hedef alan gıda reklamcılığının gıda seçimlerini etkilediği sonucuna varmıştır (Hastings et al., 2003; McGinnis et al., 2006). Hastings ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan değerlendirme 2006'da güncellenmiştir ve aynı sonuçlara ulaşmıştır (Hastings, McDermott, Angus, Stead ve Thomson, 2007). Her iki değerlendirmeden çıkan şey aynıdır: Gıda promosyonunun çocukların gıda davranışı ve beslenme davranışı üzerine diğer etmenlerden *bağımsız* olarak anlamlı bir etkisi vardır. Bu çalışmaların Kuzey Amerika ve Avrupa'da odaklanmalarına karşın, Hastings ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan ikinci bir değerlendirme de gelişmekte olan ülkelerde çocukların gıda reklamlarını anımsadıklarını, bunlarla eğlendiklerini ve ilgilendiklerini bulmuştur.

Tayland örneği, reklama daha fazla yatırımın işlenmiş gıdaların tüketimini daha fazla uyarmaya yardımcı olduğunu düşündürmektedir. Tayland'da reklam ve promosyon sanayii Asya'daki en gelişkin ve dinamik olanlar arasındadır: 1987'den 1996'ya reklam harcamaları yaklaşık %800 artmış ve reklam gelirleri son yıllarda iki haneli rakamlara yükselmiştir. Reklam/pazarlama ajanslarına yabancıların sahip olması kısıtlanmamaktadır ve reklamcılık belli bir dereceye kadar düzenlenirken, kampanyalar azami yabancı içerik şartı gibi kısıtlamalara tabii değildir. Bu göreli açık Pazar, ulusötesi gıda şirketlerinin Tayland'a girişini ve geniş bir promosyon tekniği yelpazesi kullanan oldukça sofistike pazarlama kampanyaları geliştirmekte küresel pazarlama ve iletişim ajansları ağını kullanmaya teşvik etmiştir.

Birleşik Devletler merkezli bir şirket olan Frito-Lay'dan (PepsiCo'nun bir da-



Şekil 10.4. Coca-Cola Şirketi ve McDonald's tarafından yapılan ABD/ABD dışı medya harcamaları, 1994-2000. Kaynak: Hawkes, 2002. İzinle tekrar basıldı.

Tablo 10.9 En tepedeki 10 Medya Harcaması arasında Coca-Cola Şirketinin Ülkelerdeki Yeri, 1997-2000.

Ülke	Medya Harcaması (ABD $ Milyon yıl başına)	Ülke	Medya Harcaması (ABD $ Milyon yıl başına)
Meksika	68.8	Ukrayna	3.8
Şili	54.5	Hırvatistan	2.9
Kolombiya	41.2	Kazakistan	2.7
Türkiye	27.2	Endonezya	1.9
Hindistan	22.7	Vietnam	1.7
Güney Afrika	21	Sırbistan	1.4
Venezuela	16.4	Lübnan	1.0
Çin	15.3	Kenya	0.9
Rusya	13.5	Azerbaycan	0.8
Peru	12.6	Ürdün	0.6
Macaristan	11.7	Makedonya	0.5
Romanya	5.1	Uganda	0.3
Slovakya	4.1	Bulgaristan	0.3

Kaynak: Hawkes, 2002. İzinle tekrar basıldı.

lı) kanıtlar reklamların çerez satışlarını arttırdığını göstermektedir (Şekil 10.5). Frito-Lay ilk kez 1999/2000'de Tayland'da varlığını sağlamlaştırdığında, kişi başına çerez tüketimi hâlâ göreli olarak düşüktü (Meksika'daki 3 kilo, Birleşik Devletler'deki 10 kiloya kıyasla 1999'da kişi başına 1 kilo). Şirket tüketimi arttırmak için saldırgan bir strateji geliştirdi ve 1999 – 2003 yılları arasında promosyon harcamalarını iki katından fazla arttırdı. Bunu takiben toplam çerez pa-

Kutu 10.4 Dünya ölçeğinde çocuklar arasında yüksek kalorili, besin değeri düşük gıdaların tüketimini teşvik için ulusötesi gıda şirketleri tarafından kullanılan stratejiler.

Ulusötesi gıda şirketleri ürünlerinin tüketimini arttırmak için sıklıkla "5P" olarak adlandırılan birçok faklı strateji kullanmaktadırlar: fiyat (price), ambalaj (package), ürün (product), promosyon (promotion) ve halkla ilişkiler (public relations).

FİYAT VE AMBALAJ: İşlenmiş gıda ürünleri sıklıkla belli bir ürünü almak isteyen büyük tüketici gruplarının erişimi üzerinden fiyatlandırılır. Ulusötesi gıda şirketleri tüketici tabanlarını genişletmek için daha yeni/daha yoksul/kırsal pazarlarda daha küçük ve ucuz içecekler satma fiyat/ambalaj pazarlama stratejisi kullanırlar. Hacmi arttırmak için daha zengin kentsel alanlarda porsiyonlar ve ambalajların boyutunu arttırırlar.

ÜRÜN: Ulusötesi gıda şirketleri ürünlerini yerel insanların tercih ettikleri ürünlere uyarlar ve özellikle çocukları ve gençleri çeken menüler geliştirirler.

PROMOSYON (ÖZENDİRME): Ulusötesi gıda şirketleri ürünlerini reklam etmek için işaret sistemi (logo), televizyon reklamcılığı, satış promosyonları ve internet siteleri dahil muazzam bir teknik yelpaze kullanırlar.

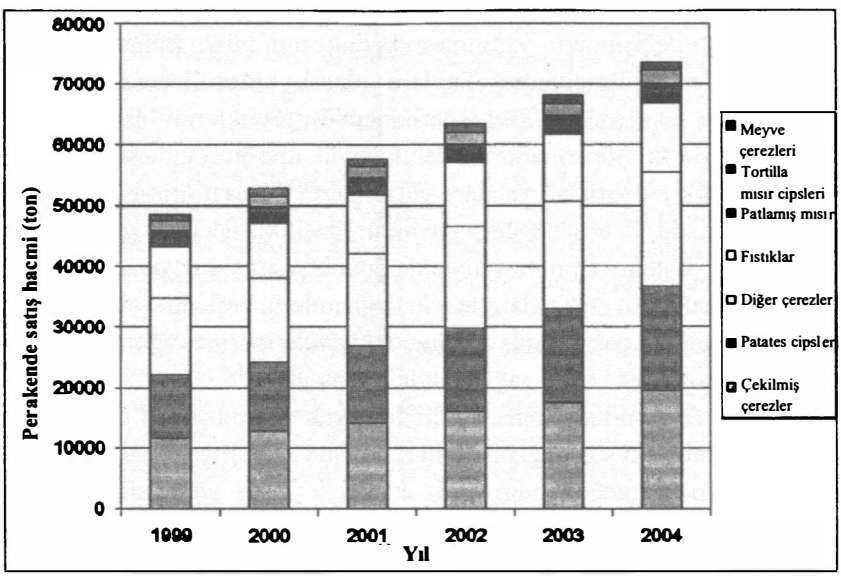
- Televizyon *reklamları* tüketicileri ürünle, özel veya sihirli anlarla, güçlü aile değerleriyle, eğlence ve heyecanla veya yerel geleneklerle ilişki aracılığıyla duygusal bağ kurmaya teşvik etmek için tasarlanır. Reklamlar cazibe sağlar ve genellikle genç çocukları, yakışıklı genç ve genç erişkinleri, şöhretleri ve animasyonları sergiler.
- *Ödüllü, getirili* (puan benzeri ç.n.) ve indirimli *satış promosyonları* çocukları ve gençleri hedefler. Dikkati çeken örnekler, yemeklerle verilen bedava/indirimli oyuncaklar, ürün ambalajı toplayanlara hediyeleri kapsar. Bazı ülkelerde ulusötesi gıda şirketleri çocukların daha fazla satış promosyonlarına ulaşmalarını sağlamak için çocuk klüpleri kurmuşlardır.
- *İnternet siteleri* promosyon kampanyaları hakkında bilgi sağlar ve interaktif (karşılıklı etkileşimli) promosyonlar, oyunlar ve internetten indirilebilen materyaller sergiler.

HALKLA İLİŞKİLER: Hizmetle ilişkili pazarlama, TV ve sinema "tie-in"leri (bir şeyi satın alabilmek için başka bir şeyi de satın alma şartı ç.n.), sportif etkinliklere sponsorluk, müzik, eğlence, ürün sponsorluğu, eğitim yarışmaları ve hayırseverliği içerir.

- Hızlı-gıda şirketleri tarafından *hizmetle ilişkili pazarlama,* çocuk-

ları (oyun alanları, doğum günü partileri gibi) ve gençleri (internet erişimi ve bilgisayar oyunları gibi) çekmek için hizmetler sunmayı kapsar.

- Küresel ölçekten (Dünya Kupası ve Olimpiyat oyunları gibi) yerel düzeye (mahalli spor eğitim programları gibi) *sportif etkinliklere sponsorluk* ulusötesi gıda şirketlerinin büyük bir promosyon aracıdır. Sponsorluk yapılan sportif etkinlikler özgün ülkelerde en popüler olanlar ve gençler arasında popüler olanlardır.
- *Çocukların ve gençlerin televizyon şovlarına ve filmlerine sponsorluk.*
- Gençleri çekme, ürün bulunurluğunu ve işaret sistemini (logo) yaygınlaştırma ve markayı yerel kültürle özdeşleştirmenin bir aracı olarak *müziğe, eğlencelere ve ürünlere sponsorluk.*
- *Hayırseverlik,* markayı iyi eylemlerle ve yerel kaygılarla özdeşleştirerek pazarlamayı genişletir. Ulusötesi gıda şirketleri büyük ölçekte kurumlar aracılığıyla ve uluslararası örgütlerle bağlantılarla (ve aynı zamanda yerel düzeyde) çocuk, eğitim ve sağlık gibi konulara odaklı çalışırlar.



Şekil 10.5 Tayland'da tatlı ve tuzlu çerezlerin perakende satışları, 1999-2004.
Kaynak: Hawkes, 2006. İzinle tekrar basıldı.

zarı içinde Frito-Lay'ın payı 1990'ların ortasındaki düşük tek basmaktan, 2003'te %30'a büyüdü. Beslenme alışkanlıkları perspektifinden daha önemlisi Frito-Lay'in pazara girişinin aynı zamanda toplam çerez satışlarının uyarılmasına da etkisi oldu. Çerez satışları özellikle 1999'dan 2004'e hızla yükseldi. Bu dönem en yoğun pazarlamanın yapıldığı dönemdir ve en çok promosyonu yapılan ürünlerin (cipsler ve suyu alınmış çerezler) satış hacimleri en fazla artmıştır. (Şekil 10.5). Bu, kanıt olmamasına karşın, reklam ve promosyonun çerez satışlarını ve tüketimini teşvik etmekte önemli bir rol oynadığına işaret etmektedir.

SONUÇ

Beslenme dönüşümünü doğrudan küreselleşmeye bağlamak güç bir görevdir. Beslenme alışkanlıklarındaki değişimler ve besinsel çıktılara toplumsal sistem içindeki şehirleşme, tarım reformu, toplumsal yardım politikası ve göreli gelirde değişimler gibi küreselleşmeyle bağlantılı bir dizi olgu neden olabilir. Burada, esas olarak küreselleşmeyle bağlantılı besin sistemindeki değişimler üzerinde yoğunlaştık ve bunun nasıl, özellikle aşırı kiloluluk ve obezite bakımından beslenme alışkanlıkları ve beslenme çıktılarında değişimlerle bağlantılı olabileceğinin kanıtlarını özetledik.

Küreselleşme üretimden, işleme, tedarik ve perakendeciliğe kadar bütün gıda-tedariği zincirinde şirket mülkiyetinin yoğunlaşmasındaki anlamlı artışla güçlü bir biçimde ilişkilendirilmiştir. Bu, Latin Amerika ve Asya'nın büyük bölümlerinde en hızlı değişimlerin yaşanmasıyla dünyanın bütün bölgelerinde, ancak farklı hızlarda görülmektedir. Toplam olarak küreselleşmenin beslenme alışkanlıklarını şekillendiren kilit tedarik-cephesi teşviklerini büyüttüğüne ikna edici kanıtlar vardır. Süpermarketler dâhil, büyük ulusötesi gıda şirketlerinin büyümesiyle birlikte doğrudan yabancı yatırımların artması orta-gelirli ülkelerde yüksek kalorili, düşük besin değerli gıdaların (özellikle işlenmiş gıdalar) tedarik, bulunabilirlik, reklam ve promosyonunda dramatik artışlara yol açmaktadır. Tekil ülke çalışmalarının gıda tedariğindeki değişimlerin beslenme alışkanlıklarının şekillendirilmesinde çok önemli olduğunu düşündürmesine rağmen, birey çalışmaları güçlü gözlemsel kanıt sağlamak içim çok azdır.

Toplumun farklı dilimlerinde, özellikle düşük ve otra-gelirli ülkelerde yaşanan gıda sistemindeki son değişim yolları üzerine araştırmalar hâlâ göreli olarak yetersizdir. Ancak, değerlendirmemiz küreselleşmeyi yönlendiren süreçlerin mevcut eşitsizlikleri daha kötüleştirdiğine işaret etmektedir. Küreselleşme süreçlerinin farklılaştırıcı doğasının olumlu etkileri vardır, ancak aynı zamanda bu süreçlerin zenginlerle yoksullar arasında yeni beslenme alışkanlıklarının eşitsiz gelişimini teşvik edebileceği yönünde politik kaygıları yükseltmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki yüksek gelir gruplarının payına daha dinamik pazarların ya-

rarları düşerken, düşük-gelir grupları ya gıdaya eşitsiz erişimle karşılaşmaya devam etmekte veya Batılı ülkelerde gözlendiği gibi düşük nitelikli obezojen beslenmeye dönmektedirler. Düşük sosyoekonomik konumdaki insanlar (en alttakiler olmamalarına karşın), uzun vadede küresel pazarların dönüştürücü eğilimleri tarafından daha fazla etkilenme şansına sahipken, daha varlıklı ve eğitimli olanlar daha pahalı ve "sağlıklı pazar" köşelerine hareket ederler.

Küreselleşme süreçlerinin ve politikalarının özgün etkileri aynı zamanda ticaret şartları (bir ihraç malının fiyatının bir ithal malının fiyatına oranı), ticaret anlaşmasının özellikleri, besin maddeleri ve iç politikalar ve kültürel gelenekler gibi diğer bağlamsal etmenlere bağlıdır. Bu nedenle küreselleşmenin beslenme dönüşümüne etkileri, etkilediği insanların gündelik yaşamları bağlamında incelenmelidir.

KAYNAKLAR

Adair, L. S., & Popkin, B. M. (2005). Are child eating patterns being trasformed globally? *Obesity Research,* 13, 1281-99.

Cassels, S. (2006). Overweight in the Pacific: Links between foreign dependence, global food trade, and obesity in the Federated States of Micronesia. *Globalization and health,* 2.

Chopra, M. (2002). *Globalization and food: Implications for the promotion of "healthy" deits.* Geneva: World Health Organization.

Chopra, M., & Darnton-Hill, I. (2004). Tobacco and obesity epidemics: Not so different after all? *Britsh Medical Journal,* 328, 1558-60.

Chopra, M., Galbraith, S., & Darnton-Hill, I. (2002). A global response to a global problem: The epidemic of overnutrition. *Bulletin of the World Health Organization,* 80, 952-58.

Connor, J. M. (1994). North-America as a precursor of changes in Western-European food-purchasing patterns. *European Review of Agricultural Economics,* 21, 155-73.

Cwiertka, K., & Walraven, B. (2002). *Assian food: The global and the local.* Richmond, UK: Curzon Press Ltd.

Dixon, J., Omwega, A., Friel, S., Burns, C., Donati, K., & Carlisle, R. (2007). The health equity dimensions of urban food systems. *Journal of Urban Health,* 84, 118-29.

Doak, C. M., Adair, L. S., Monteiro, C., & Popkin, B. M. (2000). Overweight and underweight coexist within houselholds in Brazil, China and Russia. *Journal of Nutrition,* 130, 2965-71.

Drewnowski, A., & Popkin, B. M. (1997). The nutrition transition: New trends in the global diet. *Nutritions Rewievs,* 55, 31-43.

Escalente de Cruz, A., Phillips, S, Visch, M., & Bulan Saunders, D. (2004). *The junk food generation: A multi-country survey of the influence of television advertisemets on children.* Kualo Lumpur, Malaysia: Consumers International, Asia Pacific Office.

Euromonitor. (2006). *Packaged Food-World.* London: Euromonitor.

Evans, M., Sinclair, R. C., Fusimalohi, C., & Liava'a, V. (2001). Globalization, diet and health: An example from Tonga. *Bulletin of the World Health Organization,* 79, 856-62.

Ezzati, M., Vander Hoorn, S., Lawes, C. M., Leach, R., James, W. P., Lopez, A. D., et al. (2005). Rethinking the "diseases of affluence" pradigm: Global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *Public Library of Science medicine,* 2, 404-12.

Fajardo, L. (2004). *Impact of globalization on food consumption, health and nutrition in urban*

areas of Colombia. No. 83. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations. Retrieved from: ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5736e/y5736e00.pdf.

FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations). (2004). *Globalization of food systems in developing countries: Impact on food security and nutrition.* FAO Food and Nutrition Paper 83. Rome: FAO.

———. (2006). *The state of food insecurity in the world 2006.* Rome: FAO. Retrieved from: ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/a0750e/a0750e00.pdf.

Friel, S., Chopra, M., & Satcher, D. (2007). Unequal weight: Equitable policy responses to the global obesity epidemic. *British Medical Journal,* 335, 1241-43.

Garrett, J. L., & reuel, M. T. (2005). Stunted child-overweight mother pairs: Prevalence and association with economic development and urbanization. *Food and Nutrition Bulletin,* 26, 209-21.

Gewertz, D., & Errington, F. (2007). the alimentary forms of the global life: The Pacific Island trade in lamb and mutton flaps. *American Anthropologist,* 109, 496-508.

Ghosh, J. (2002). *Social policy in Indian development.* Geneva: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). Retrieved from: http://unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/ab82a6805797760f80256b4f005dalab/7ee221555523155dc1256c77003cfaed/$FILE/ghoslong.pdf.

Gittelsohn, J., Haberle, H., Vastine, A. E., Dyckman, W., & Palafox, N. A. (2003). Macro-and microlevel processes affect food choice and nutritional status in the Republic of the Marshall Islands. *American Society for Nutritional Sciences,* 133, 310S-313S.

Grigg, D. (1995). The nutritional transition in Western Europe. *Journal of Historical Geography,* 22, 247-61.

Gupte, M. D., Ramachandran, V., & Mutatkar, R. K. (2001). Epidemiological profile of India. Historical and contemporary perspectives. *Journal of Biosciences,* 24, 437-64.

Hastings, G., McDermott, L., Angus, K., Stead, M., & Thomson, S., (2007). *The extent, nature and effects of food promation to children: A review of the evidence.* Geneva: World Health Organization.

Hastings, G., Stead, M., McDermott, L., Forsyth, A., MacKintosh, A. M., Rayner, M., et al. (2003). *Does food promation influence children? A systematic review of the evidence.* London: Food Standards Agency.

Hawkes, C. (2002). Marketing activities of global soft drink and fast food companies in emerging markets: A review. In *Globalization, diets and Noncommunicable Diseases.* Geneva: World Health Organization.

———. (2005). The role of foreign direct investment in the nutrition transition. *Public health Nutrition,* 8, 357-65.

———. (2006). Uneven dietary development: Linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-releted chronic diseases. *Globalization and Health,* 2.

Hendrickson, M., & Heffernan, W. (2005). Concentration of agricultural markets: February 2005 [online]. Retrieved from: http://www.nfu.org/issues/economicpolicy/resources/heffernan-report/.

———. (2007). *Concentration of agricultural markets: April 2007.* http://www.nfu.org/issues/economic-policy/resources/heffernan-report/ [online]. retrieved from: http://www.nfu.org/wp-content/2007-heffernanreport.pdf.

Hughes, R. G., & Lawrence, M. A. (2005). Globalization, food and health in Pacific Island

countries. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition,* 14, 298-306.

Kennedy, G., Nantel, G., & Shetty, P. (2004). *Globalization of food systems in developing countries: A synthesis of country case studies.* FAO Food and Nutrition Paper No. 83. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations. Retrieved from. ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5736e/y5736e00.pdf.

Kinabo, J. (2004). *Impact of globalization on food consumption, health and nutrition in urban areas: A case study of Dar es Salaam, United Republic of Tanzania.* No. 83. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations. Retrieved from:ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5736e/y5736e00.pdf.

Lang, T. (1999). Diet, health and globalization: Five key questions. *Proceedings of the Nutrition Society,* 58, 335-42.

McGinnis, J. M., Gootman, J. A., & Kraak, V. I. (2006). *Food marketing to children and youth: Threat or opportunity?* Washington, DC: National Academies Press.

McMichael, A. J., Shetty, P. S., & McPherson, K., eds. (1997). *The public health impact of globalisation of food trade.* Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Mendez, M., & Popkin, B. (2004). Globalization, urbanization and nutritional change in the developing world. In *Globalization of food systems in developing countries: Impact on food security and nutrition* (pp. 55-80). FAO Food and Nutrition Paper 83. Rome: Food an Agriculture Organization of the United Nations. Retrieved from: ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5736e/y5736e00.pdf.

Monteiro, C. A., Moura, E. C., Conde, W. L., & Popkin, B. M. (2004). Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: A review. *Bulletin of the World Health Organization,* 82, 940-46.

Murphy, s. (2006). *Concentrated market power and agricultural trade.* ECOFAIR Trade Dialogue Discussion Papers No. 1 heinrich B^ll. Retrieved from: http://www.tradeobservatory.org/library.cfm?refid=89014.

Neufeld, L. M., Hernández-Cordera, S., Fernald, L. C., & Ramakrishnan, U. (2008). Overweight and obesity doubled over a 6-year period in young women living in poverty in Mexico. *Obesity,* 16, 714-17.

Papola, T. S. (2005). *Workers in a globalising world: Some perspectives from India, Globalisation and Labour Mobility in India and China 2005.* Melbourne: ABERU.

Pedro, M. R. A., Barba, C. V. C., & Candelaria, L. V. (2004). Globalization, food consumption, health and nutrition in urban areas: A case study from the Philippines. *FAO Food and Nutrition Paper,* 231-52.

Pingali, P., & Khwaja, Y. (2004). *Globalization of Indian diets and the transformation of food supply system.s* No. 04-05. Rome: Agricultural and development Economics Division, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Retrieved from: http://www.fao.org/docrep/007/ae060e/ae060e00.htm.

Pinstrup-Andersen, P., & Babinard, J. (2001). Globalization and human nutrition: Oqqortunities and risks for the poor in developing countries. *African Journal of Food and Nutritional Sciences,* 1, 9-18.

Popkin, B. M. (1999). Urbanization, lifestyle changes and the nutrition transition. *Wold Development,* 27, 1905-16.

———. (2002)The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experiences! *Public Health Nutrition,* 5, 205-14.

———. (2006). Technology, transport, globalization and the nutrition transition food policy.

Food Policy, 31, 554-69.

Popkin, B. M., & Gordon-Larsen, P. (2004). The nutrition transition: Worldwide obesity dynamics and their determinants. *International Journal of Obesity,* 28, S2-S9.

Populstat. (2007). TONGA: historical demographical data of the whole country. Retrieved from: http://www.populstat.info/Oceania/tongac.htm.

Prentice, A. M. (2006). The emerging epidemic of obesity in developing countries. *International Journal of Epidemiology,* 35.

Regmi, A., Ballenger, N., & Putnam, J. (2004). Globalisation and income growth promote the Mediterranean diet. *Public Health Nutrition,* 7, 977-83.

Sawaya, A. L., Martins, P. A., & Martins, V. J. B. (2004). *Impact of globalization on food consumption, health and nutrition in urban areas: A case study of Brazil.* No. 83. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations. Retrieved from: ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5736e/y5736e00.pdf.

Schmidhuber, J., & Prakash, S. (2004). Nutrition transition, obesity & noncommunicable diseases: Drivers, outlook and concerns. *SCN News,* 29, 12-19.

Schultz, J. (2004). *Globalization, urbanization and urbanization and nutrition transition in a developing island country: A case study in Fiji.* No. 83. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations. Retrieved from: ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5736e/y5736e00.pdf.

United Nations System Sub-Committee on Nutrition. (2000). *4th report on the world nutrition situation: Nutrition throughout the life cycle.* Geneva: ACC/SCN in collaboration with International Food Policy Research Institute. Retrieved from: http://www.unsystem.org/scn/Publications/4RWNS/4rwns.pdf.

Uusitalo, U., Pietinen, P., & Puska, P. (2002). Dietary transition in developing countries: Challenges for chronic disease prevention. In *Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases.* Geneva: World Health Organization.

Vepa, S. S. (2004). *Impact of globalization on the food consumption of urban India.* No. 83. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO).

Vorley, B. (2003). *Food, Inc. corporate concentration from farm to consumer.* London: IIED:

Watson, J. L., ed. (1997). *Golden Arches East: McDonald's in East Asia.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Wild, S., Roglic, G., Green A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: Estimates for 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care,* 27, 1047-53.

World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic-report of a WHO consultation.* Geneva: WHO. Retrieved from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf.

———. (2005). *Preventing chronic diseases: A vital investment.* Geneva: WHO. Retrieved from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html.

———. (2006). *Obesity and overweight.* WHO Fact Sheets No. 311. Geneva: WHO. Retrieved from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html.

11. Bölüm

FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI VE SAĞLIK ALANINDA ORTAYA ÇIKAN EŞİTSİZLİKLER

Carlos M. Correa[1]

GİRİŞ

İktisadi küreselleşme hareketinin geçtiğimiz birkaç onyıl içerisinde etkinliğini arttırması, fikri mülkiyet kurumlarının uluslararası niteliği ile kolaylaşmıştır. Söz konusu sürecin başlangıcı ondokuzuncu yüzyılın sonlarına kadar uzansa da asıl nüfuz etme hali, Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Antlaşması [General Agreement on Tariffs and and Trade (GATT)] 1986-1994 Uruguay görüşmeleri sonucunda kabul edilen Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Hakları Antlaşması [Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS Antlaşması)] ile birlikte yeni bir hız ve ivme kazanmıştır (World Trade Organization, 1994). Fikri mülkiyet haklarının uluslararası hale getirilmesiyle birlikte, ülkelerin kendi egemenlik haklarını uygulama ve halk sağlığına dair yükümlülüklerini (buna sağlık hakkı da dâhil) yerine getirme konusunda hareket alanları kısıtlanmıştır (Cullet, 2003; Yamin 2003; Reinharz & Chastonay 2004). Her ne kadar, fikri mülkiyet hakları ile birlikte ilaç sektöründe yeni buluşların teşviki sağlanıyor olsa da elde edilen ürün ve sonuçlara erişim konusunda ciddi kısıtlamalar getirilmeye başlanmıştır. Buna ilaveten, bu hakların yaygınlaşmasıyla birlikte, artık sadece pazar mantığı üzerinden daha fazla kazanç getirmesi beklenen araştırma ve geliştirme (Ar-Ge) çalışmaları teşvik edilir olmuştur.

Kitabın bu bölümü, mevcut fikri mülkiyet hakları (FMH) rejiminin sağlık alanında ortaya çıkardığı eşitsizlikleri inceliyor. İlk olarak, FMH sisteminin uluslararası hale gelmesi ve TRIPS Antlaşması dâhilinde FMH'lerin korunmasına dair asgari standartların ortaya çıkardığı sorunlar ele alınacaktır. İkinci olarak da ilaç sektöründeki yeni buluşlara dair bazı ayırtedici özellikler ve söz konusu sektörde baskın hale gelmiş iş modellerinin Ar-Ge uygulamalarına getirdiği değişimler dikkatle gözden geçirilecektir. Daha sonrasında, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaygın olan hastalıklara yönelik potansiyel tedaviler göz önünde bulundurularak, patent uygulamalarının ilaç Ar-Ge'si üzerindeki etkileri tartışılacaktır. Dördüncü olarak, bölümde FMH'ler ve ilaçlara erişim ile ilişkili konular incelenecektir. Bunlar arasında, konu hakkında mevcut uluslararası çerçevenin

[1] Yazar katkılarından dolayı Lisa Forman'a teşekkür ediyor.

kısıtlılıkları olduğu kadar zorunlu lisanslar yoluyla politik müdahalelerin bu şekildeki bir erişimi nasıl geliştirebileceği de yer almaktadır. En sonunda da geçtiğimiz dönemde müzakere edilen serbest ticaret antlaşmalarının sağlık alanı üzerinde bırakacağı olası etkiler kısaca tartışılmıştır.

FİKRİ MÜLKİYETİN ULUSLARARASI HÂLE GETİRİLMESİ

Fikri mülkiyet haklarının tarihsel gelişimine baktığımız zaman, ülkelerin hak düzenlemelerinin kendi gelişim düzeyleri ve çıkar gözetimleri doğrultusunda tesis edildiğini görüyoruz. Sistemin ondokuzuncu yüzyılın sonlarına doğru uluslararası alanda yaygınlaşması ise iki çığır açan uluslararası antlaşmanın kabul görmesiyle birlikte mümkün olmuştur: Sınai Mülkiyetin Korunmasına dair Paris Antlaşması [Paris Convention on the Protection of Industrial Property (1883)] ve de Edebiyat ve Sanat Eserlerinin Korunmasına dair Berne Antlaşması [The Berne Convention for the Protection of Literary and Artistic Works (1886)]. Malların Kaynağı ile İlgili Sahte ve Yanıltıcı İşaretlerin Önlenmesi için Madrid Antlaşması [Madrid Agreement for The Repression of False or Deceptive Indications of Source on Goods] ise 1891 yılında imzalanmıştır. Paris Antlaşması'na getirilen istisnai gözden geçirmeler dışında aradan geçen onyıllar boyunca pek bir değişiklik söz konusu olmamıştır.

1970'li yıllara gelindiğinde ise, kalkınma politikalarına dair edinilen yeni bakış açılarıyla birlikte, gelişmekte olan ülkelerin FMH'lerinin yaygınlaştırılmasına dair yeni talepleri olmuş ve Paris Antlaşması'nın yeniden gözden geçirilmesi teklif edilmiştir. Gündeme getirilen revizyonun ana hedefi, patenti alınmış buluşların kayıtlı oldukları ülkelerde kullanımını teşvik etmek için Madde 5A'yı değiştirmek olmuştur (Roffe & Tesfachew, 2001, sayfa 388). Bu girişimin başarısızlığı ile birlikte gelişmiş ülkeler yeni bir atağa geçmişler ve bu sürecin sonunda da GATT yapısında oluşturulan yeni ve daha da hırslı araçlarla ile birlikte 1994 yılında TRIPS Antlaşması imzalanmıştır. Arkasından ise Marka Kanunu Antlaşması [Trademark Law Treaty (1994)], WIPO Telif Hakları Antlaşması [WIPO Copyright Treaty (1996)], WIPO İcra ve Fonogramlar [WIPO Performances and Phonograms Treaty (1996)] ve Patent Kanunu Antlaşması [Patent Law Treaty (2000)] düzenlemeleri gelmiştir. Kısa bir süre zarfında imzalanan bu yeni antlaşmalar ile birlikte serbest ticarete dair genel eğilim onaylanmış olur ve aktif bir bilgi kullanımı üzerinden şekillenmeye başlayan her eylem alanının önüne "bilgiye ulaşımı sekteye uğratan şimdiye kadar türüne rastlanmamış 'giriş engel'leri dikilmeye başlanmıştır" (Coriat, 2002, sayfa 1).

Her ne kadar 2000 yılının sonrasında FMH'lerine dair yeni bir uluslararası düzenlemeye daha gidilmemişse de, uluslararası standartların genişletilmesine dair çabalar Dünya Fikri Mülkiyet Örgütü (WIPO)'nün önderliğinde geliştirilen bir

Esasa İlişkin Patent Kanunu Antlaşması (Substantive Patent Law Treaty) (Correa & Musungu, 2002) belgesiyle devam etmiştir. Ayrıca yine WIPO himayesi altında geliştirilen yeni bir antlaşmayla birlikte sinyal-bazlı yayıncılık alanında da yeni telif hakkı düzenlemeleri getirilmiştir[2]. Buna ilaveten, yüksek seviyede FMH koruması içeren birçok serbest ticaret antlaşması (STA) da geçtiğimiz dönemde kabul edilmiştir. Çok taraflı bir uluslararası çerçevede birçok gelişmekte olan ülkenin FMH'lerin desteklenmesi konusunda isteksiz olmasına rağmen, söz konusu antlaşmaların iki taraflı bir düzlemde müzakere edilmesiyle birlikte Amerika Birleşik Devletleri birçok imtiyaz kazanır hale gelmiştir (World Intellectual Property Organization Secretariat, 2004).

YURT İÇİ ESNEKLİKTEN ULUSLARARASI MUTABAKATA – YENİ SENARYO

TRIPS Antlaşmasının kabul görmesi, FMH sisteminin uluslararası bir biçime büründürülmesi konusunda kayda değer bir öneme sahiptir. Çünkü, Dünya Ticaret Örgütü üyesi olan bütün ülkeler, bu antlaşmayla birlikte FMH'lerin korunmasına dair oluşturulan asgari standartlara bağlı kalmak ve uyum göstermek durumunda kalmışlardır (Howse, 2007). TRIPS Antlaşması ile birlikte ilk defa, bir uluslararası düzenleme içerisinde etkinlik (efficacy) ve güvenlik bilgisinin korunması meselesi, o bilginin haksız bir biçimde ticari alanda kullanılmasının karşısında yer almıştır (Madde 39.3) (Howse, 2007). Patentlerle ilişkili olarak; üye ülkelerin, diğerleri yanı sıra bütün teknoloji alanlarına dâhil ürünlerin (ilaç sektörü de dâhil olmak üzere) patentlenmesine rıza gösterme zorunluluğu getirilmiş, özel hakların verilme süreçleri açıkça belirtilmiş, özel haklar ve zorunlu lisanslara dair istisnai durumların hangi koşullar altında olabileceği tasarlanmış, ve de kanıtlama yükümlülüğü koşuluna dair kararın bozulmasıyla birlikte işleme patenti koruma şartları güçlendirilmiştir. Aynı antlaşma içerisinde, neyin bir icat olarak sayılabileceği, zorunlu lisansların hangi şartlarda verilebileceği ve de paralel ihracatlara nerelerde müsaade edileceği gibi konulara dair esneklik alanları bırakılmıştır.

Söz konusu antlaşmayla birlikte, ülkelerin ondokuzuncu yüzyıl sonu ile 1980'ler arası dönemde kabul edilen uluslararası düzenlemelere göre kendi ulusal sistemlerini uyarlama çabası sırasında oluşan ciddi zaman kayıplarına bir son verilmiştir. Bugünün endüstriyelleşmiş ülkeleri, daha önceleri gelişme safhalarını yaşarken, kendi FMH sistemlerini tasarlama ve uygulama konusunda esnek bir alanın içerisinde hareket edebilmenin keyfini çıkarmışlardır. Mark Twain'in kendi eserlerinin telif haklarının uluslararası arenada tanınmasını talep etmesi üzerinden verdiği kişisel mücadele, bu durumu açıklayıcı tipik bir örnek olarak

[2] Bakınız http://www.cptech.org/ip/wipo/bt/.

sunulabilir. Twain, romanlarının serbest bir biçimde kopyalanmasını engellemek adına, kendi isminin bir marka olarak kayıtlara geçirilmesi için uğraşmıştır; özellikle İngiliz yazarların kitapları ise, bütün bir ondokuzuncu yüzyıl boyunca serbest bir biçimde kopyalanmaya devam etmiştir. 1842 yılını Charles Dickens, Birleşik Devletler turnesi dolayısıyla uluslararası telif hakkı yakarışlarıyla geçirirken, 1843 yılında yayınladığı Amerikan Notları (American Notes) kitabı içerisinde, Amerikan hukuk sistemine dair hüsran ve düş kırıklıklarını dile getirir olmuştur. Sadece Birleşik Devletler'de üç gün içerisinde elli bin korsan Charles Dickens kitabı basılıp satılmıştır. Aynı dönemde "A Christmas Carol" başlıklı eseri Londra'da 2,50 Amerikan Doları eşdeğerinde bir fiyata satılırken, Birleşik Devletler'de bir kopya altı sente alıcı bulmaktadır (Vaidhyanathan, 2001)[3]. Yabancı yazarlar Birleşik Devletler dâhilindeki telif hakkı koruma haklarını 1891 yılına kadar alma başarısı gösterememişlerdir.

1790 ile 1836 yılları arasında teknoloji ithalatçılığı konusunda önde gelen bir ülke olan Birleşik Devletler, bu zaman diliminde patent düzenlemelerini kendi vatandaş ve oturanlarıyla sınırlandırmıştır. 1836 yılında bile yabancılardan alınan patent aidatı miktarı, Birleşik Devletler yerleşiklerinden alınandan on kat daha fazla bir fiyatlandırmaya sabitlenmişti. Bugün patent koruma düzenlemelerinin en kuvvetli savunucularından Fransa, Almanya, İsviçre gibi Avrupa ülkelerinde ise ilaç sektörüne dair ürünlerin patentleri ancak 1960 yılından sonra tanınmaya başlanmıştır. Portekiz, İspanya ve İskandinav ülkeleri ise bu konuda 1990'lara kadar beklemede kalmışlardır.

Sınai Mülkiyetin Korunmasına dair Paris Antlaşması çatısı altında bulunan ülkelere, belli sektörleri (mesela ilaç) patent koruma uygulamalarının dışında bırakabilmelerine dair izinler verilmiş, patent haklarının geçerlilik sürelerini belirleme hakkı tanınmış, özel hakların sınırlarının belirlenmesi konusunda yetkiler verilmiş ve patentin yerel bağlamda işleme sokulma eksikliği, yani patent hakkını elinde bulunduran şahsın söz konusu icadı endüstriyel üretim dâhiline sokmaması gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak, ülkelerin zorunlu lisans verme uygulamalarını kendi yetkileri çerçevesinde düzenlenmeye devam etmiştir. Zaten, yakın tarihimizin sanayi ve teknoloji gelişimi konusunda en başarılı örnekleri Japonya ve Güney Kore örnekleri de bu ülkelerde gözlemlenen esnek FMH çerçeveleri sayesinde mümkün olmuştur. Daha da güncel sayılabilecek Hint ilaç sektörünün hızlı gelişimi ise – Hindistan bugün dünyanın önde gelen düşük fiyatlı

[3] O dönemde Birleşik Devletler tarafından öne sürülen uluslarası telif hakkı karşıtı argumanlar bugün için birçok yoksul ülkeyle uyum gösterebilir. Okuryazarlığın ucuz ama birinci sınıf kitaplar üzerinden yaygınlaştırılabileceği öne sürülürken, edebiyat ürünleri için doğal bir mülkiyet hakkı talep edilemeyeceği, yabancılara telif hakkı verilmesinin de Amerikan kamuoyunun okuma pratiğinden yoksun bırakılmasıyla bir olduğu savunuluyor, Amerikan yayıncıları ve çalışanları da patent koruma uygulamasının varolmayışının getireceği avantajlara ihtiyaç duyuyordu (Vaidhyanathan, 2001).

jenerik ilaç ve aktif madde tedarikçilerinden biridir – ancak ilaç sektörüne dair ürünlerin patent uygulamalarının yokluğunda olabilmiştir (Chaudhuri, 2005).

TRIPS Antlaşmasının ülkeler bazında kabul görmesiyle birlikte, yukarıda bahsi geçen esnekliklerde önemli ölçüde küçülme yaşanmıştır. Bu küçülmenin sebebi olarak TRIPS Antlaşması'nın kabul edilmesi için geniş çaplı kampanyalar düzenleyen birkaç endüstri düşünülebilir: ilaç, eğlence, yazılım ve yarı-iletken üretim sektörleri (Sell, 2003). İlaç firmaları, elliye yakın ülkede ilaç sektörüne dair ürünlerin patent koruma düzenlemelerinin tanınmadığı bir dönem olan 1986 yılında, GATT dâhilinde TRIPS antlaşması müzakerelerine ilk başlandığı dönemde, çoğu gelişmekte olan ülkede patentlenebilirlik alanı dışında tutulan ürünlerinin patent koruma uygulamaları altına alınabilmeleri için büyük bir çaba sarfetmiş, TRIPS Antlaşmasının uluslararası alanda kabul görmesiyle birlikte büyük zaferlerini ilan etmişlerdir.

TRIPS kuralları ile birlikte, gelişmiş olan ülkelerin kendi FMH sistemlerini geliştirip uygulayabilme konusunda yaşadıkları rahatlık günümüz gelişmekte olan ülkeleri için artık söz konusu değildir. Her ne kadar görüşmeler sırasında hızlandırılmış teknoloji transferi, dolayımsız yabancı yatırım imkanları ve yenilikçilik (innovation) konusunda taraf ülkelerce çeşitli argümanlar ortaya sürülmüşse de şu çok açıktır ki söz konusu tartışmalar yeni bilgi ve bilgi birikimi üretme konusunda daha çok kapasiteye sahip ülkelerin yararına olacak bir çerçevede şekillenmiştir. Daha önce yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre:

> patent uyumu düzenlemeleri, ülkelerarası gelir transferi konusunda büyük bir potensiyel barındırıyor, özellikle ABD'nin başlıca faydalanan aktör olacağı bir biçimde... Bu transferler ile birlikte Uruguay Round'dan kalma menfaat dağıtım algısında büyük bir değişime gidilmekte, ABD'nin menfaatlerinde ciddi anlamda bir artış olurken, gelişmekte olan ülkeler ve Kanada'nınkinde oldukça büyük bir düşüş yaşanması beklenmektedir. (McCalman, 1999, sayfa 30)

McCalman'ın bulguları, son dönem istatistiksel bilgiler ile birlikte geniş ölçüde kabul edilir olmuştur. Bununla beraber, üretim teknolojilerinin gelişmekte olan ülkelere doğru akışında artışa dair herhangi bir ikna edici kanıta ulaşılamamışken, dünyadan telif hakkı ödemelerinin genelinde etkileyici bir artış olduğu görülmektedir. Ödemelerin üçte ikisi Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerine yapılırken, bu ülkeleri Asya ve Latin Amerika ülkeleri takip etmektedir; telif hakkı ödemeleri 61 milyar dolardan (1998) 120 milyar dolara (2004) çıkmış olup, bu süreçten en çok faydalanan ülke Birleşik Devletler olmuştur (World Bank, 2000, 2007).

İLAÇ SEKTÖRÜNDEKİ YENİLİKLER

İlaç olarak kullanılması muhtemel kimyasal bileşenlerin keşfedilmesi konusunda ana kaynak kamu harcamaları tarafından fonlanan Ar-Ge kurumları olurken, günümüz ilaç endüstrisi daha çok mali açıdan külfetli ve uzun süreçleri beraberinde getiren klinik araştırma ve bununla bağlantılı ilaç geliştirme süreçlerine para akıtır olmuştur. Sağlık araştırmalarının yaklaşık yüzde 44'ü kamu alanına ait kurumlarca karşılanırken, kâr amaçlı kurulan özel sektör kurumları ise bu araştırmaların yaklaşık yüzde 48'ine sermaye harcaması yapmaktadır (Burke & de Francisco, 2004)[4]. İlaç endüstrisi dâhilinde yapılan artık-değere sahip birçok yenilikçi çalışma ya daha önceden varolan işlem veya ürünleri elden geçirmek ya da bu ürünlerin yönetim süreçlerini değiştirmek üzerine kuruludur. Ufak çaplı değişiklikler üzerinden yapılan yeni patent başvuruları ise jenerik ilaç rekabetini ileriye ertelemeye dair stratejinin bir parçasıdır, bu durum sıklıkla "yaprak dökmeme" (evergreening) olarak anılır. Endüstrinin yenilikçilik performansı ise geliştirilen ve sağlık otoriteleri tarafından onaylanan yeni kimyasal varlıkların (entity) sayısı üzerinden ölçülmektedir.

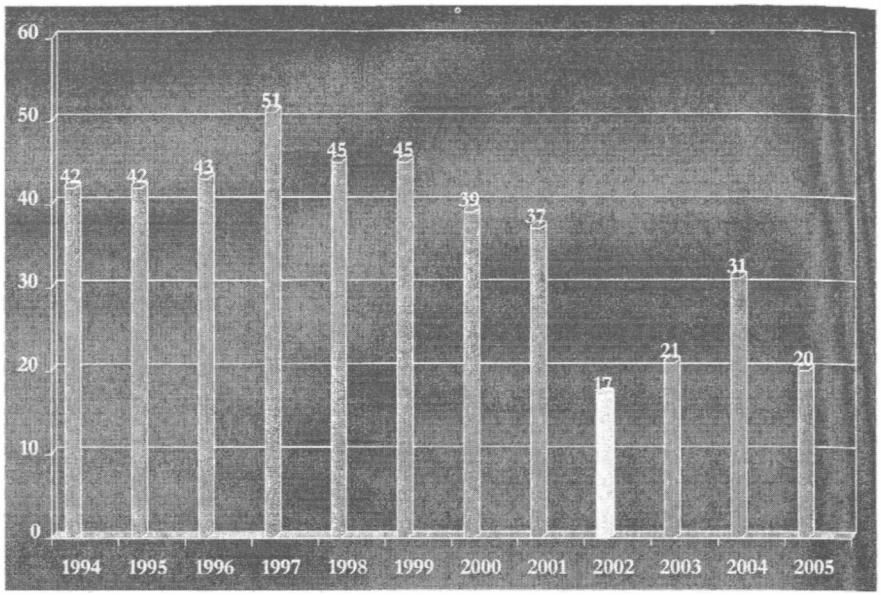
İlaç olarak kullanılmak üzere geliştirilen kimyasal maddelerin yıllar içindeki dağılımını gösteren Şekil 11.1, kaygı uyandıran bir tablo olarak karşımıza çıkıyor. Yıl başına düşen kimyasal madde sayısı 1990'lardan itibaren[5] ciddi anlamda bir düşüş gösterirken, bu durum aynı zamanda geliştirilen her ilaç adayının ortalama maliyetinin daha da pahalıya çıktığının bir işareti oluyor. Söz konusu düşüş üç ana sebep üzerinden çelişkili görünebilir. Öncelikle, 1980'lerden ve özellikle TRIPS Antlaşmasının gerçekleştirilmesine dair süreç gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tamamlandığından beri[6], patent koruma mekanizmaları ve veri imtiyazı (data exclusivity) ile birlikte şirketlerin dünya çapında gelir yaratma hızlarında anlamlı bir artış olmuştur[7]. İkincil olarak, genombilim (genomics),

[4] Yeni patent ruhsatı almış ilaçların birçoğu kamuoyu kaynakları ve Ar-Ge'ye özel vergi indirimleri üzerinden yaratıldığı için, ilaç firmalarının elde ettiği gelirlerin en azından bir kısmı haksız ama beklenmedik bir yerden gelen paralarla oluşmuştur diyebiliriz.

[5] Yeni geliştirilen etkin maddelerin birçoğunun hakiki birer buluşun ürünü olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Her yıl ruhsat alan yeni ilaçların büyük bir kısmının tedavi edici özellikleri zaten piyasada bulunup pazarlanan ilaçlarda bulunmaktadır. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi FDA'nin belirttiği üzere 1990'lardan itibaren ilaçların tedavi edici anlamda hatırı sayılır aşama kaydetme oranı yüzde 26'dan yüzde 19'a düşmüş durumdadır (Center for Drug Evaluation and Research, 2005; ayrıca bakınız Spector, 2005).

[6] Gelişmekte olan ülkeler, geçiş dönemindeki ekonomik yapılar ve az gelişmiş ülkeler için geçiş dönemleri oluşturulmuştur. Eczacılık ürünü patent korumalarını daha önceden tanımayan gelişmekte olan ülkeler 1 Ocak 2005 tarihine kadar bu uygulamaları görmezden gelme hakkına sahipti, ama söz konusu ülkelerin sadece birkaçı bu haktan faydalandılar.

[7] Dünya Ticaret Örgütü'ne dahil olabilmek için karşılaşılan talepler ya da Birleşik Devletler ve Avrupa Birliği'nin isteklerini tatmin edebilme uğraşıları içerisinde, birçok ülke Serbest Ticaret Antlaşmaları bağlamında emsali olmayan, yeni etkin madde içeren eczacılık ürünlerinin ruhsatlandırılabilmesi için deney sonuçlarında bilgi tekelciliğine izin veren düzenlemeleri kabul ettiler.



Şekil 11.1 İlaç sektöründe kullanılmak üzere yeni kimyasal varlıkların geliştirilmesi, 1992-2004
Kaynak: US FDA

proteinbilim (proteomics) ve birleşimsel kimya (combinatorial chemistry) gibi son dönemde geliştirilen bilimsel ve teknolojik araçlar yeni ilaç keşif hızını arttırma potensiyeline sahiptir. Büyük çaplı olası ilaç adaylarını tarama süreçlerinin yerini, ilaç olarak kullanılacak molekülü tasarlama olanağı sağlayan daha verimli yöntemler almıştır. Üçüncü olarak da ilaç endüstrisi şirketleri, madencilik, ham petrol üretimi ve ticari bankacılıktan sonra dördüncü gelerek, hâlâ küresel ekonomi içerisinde en çok kar eden sektörlerden birini oluşturmayı sürdürmektedir (Angell, 2004; Commission on Intellectual Property Rights, 2006). Üstüne üstlük, geçtiğimiz on yıl içerisinde Ar-Ge çalışmalarına ayrılan kaynaklarda artışlar yaşanmaktadır. Yenilikçi uygulamaların verimliliğindeki düşüş, büyük ilaç şirketlerince yürütülen ilaç geliştirme modelindeki bir krizi işaret edebilir: genel olarak yatırım seviyesi artarken yeni ürünlerin sayısında bir artış olmamıştır. (Charles River Associates, 2004; Commision on Intellectual Property Rights, 2006). Büyük şirketler, yeni ve ticari açıdan canlı ürünlerin sürekli üretim hattını devam ettirmekte zorlanıyorlar. Bunun yerine artık yeni ilaçlar için küçük çaplı biyoteknoloji firmaları tarafından kaydedilen ilerlemelere bağlı durumdalar. Diğer yandan biyomedikal araştırmalara dair birçok aşama işbirliği ile "açık-erişim" (open-access) modeli üzerinden yürütülürken, klinik çalışmaların birçoğu ise konusunda özelleşmiş anlaşmalı taraflarca yapılmaktadır. Sayısal modeller üzerinden kullanılan genetik bilginin ürün geliştirme süreçleri açısından önem

kazanmasıyla birlikte, açık-erişim modeline dayalı yenilikçi çalışmaların biyomedikal araştırmalara uygulanma şansı artmaktadır (Maurer, Rai &Sali, 2004).

Yenilikçi çalışmalarda yaşanan performans düşüklüğüyle birlikte, bazı ilaç şirketleri bölümlere ayrılmış bir iş modeli üzerinden çekirdek yeterliliğe (core competence) dayalı; buluş yapma, geliştirme ve pazarlama gibi alanlara yönelmeye başlıyorlar. Bununla beraber, söz konusu şirketlerin diğer aktivitelerini ise dışarıdan (yani taşeron kaynaklar) destek almak yoluyla biyoteknoloji firmaları, sözleşmeli araştırma örgütleri, bağımsız ilaç-geliştirme firmaları ve serbest satış yapan şirketler üzerinden yürüttüklerini görüyoruz (Economist, 2007). Şirketler yüksek harcamalarını bir düzene koyarlarken, artık daha az hastalık çeşidine odaklanıyor, çoğunlukla diğer şirketlerden elde ettikleri ruhsat sözleşmeleriyle birlikte daha fazla ilaç adayını ruhsatlandırıyorlar. Böylece, birçok büyük ilaç şirketinin Ar-Ge aktivitelerinde büyük çaplı değişikliklere gidildi, yeni örgütlenmeler yapılmış oldu. Bundan yıllar önce, GlaxoSmithKline'nın Ar-Ge çalışmalarını belli başlı tedaviyle ilgili alanlara bölmesi ve "Centres of Excellence for Drug Discovery" (CEDDs) departmanları kurmasıyla birlikte, ilaç şirketlerindeki sözü geçen yapısal değişikliğin ilk adımları atılmış oldu. Roche ise onkoloji, viroloji, enflamasyon, metabolik hastalıklar ve merkezi sinir sistemi hastalıkları için ilacın keşfi, tıbbi olarak geçerliliğinin kanıtlanması ve pazarlama süreçlerini kapsayan beş ayrı Hastalık Biyolojisi Alanları (Disease Biology Areas, DBAs) yaratacak (Nagle, 2007). Bilinen en büyük ilaç şirketi Pfizer'den yapılan son duyuruda ise şirketin beş Ar-Ge bölgesinin kapatılacağı, eskiye göre daha fazla dış kaynak kullanımı ve iç-ruhsatlandırma yoluna gidileceği belirtildi (Nagle, 2007). Bir zamanlar yeni ilaç geliştirme adına birbirleriyle ciddi rekabet halinde olan büyük firmalar aslında hâlâ yeni ilaç geliştirmeye dair oluşan maliyet ve risk bilançolarını karşılayabilecek finansal kapasiteye sahip olabilirler. Ancak hem son dönemde ortaya çıkan bilimsel ve teknolojik araçları verimli bir biçimde kullanıma sokma açısından başarılı, hem ilacın piyasaya sürülme izninin karmaşık bir parçası olarak klinik öncesi ve klinik çalışmaları yürütmede verimli yeni aktörler ortaya çıkmış durumda.

Mevcut ilaç geliştirme modellerini zorlayan başka meseleler de yok değil. Bunlardan bir tanesi, her geçen gün daha da büyük bir endişe kaynağı olan ve ilaç etkinliği ve güvenliği üzerine veri geliştirme aşamalarının altında yatan çıkar çatışması (conflict of interest) hakkındadır. Lewis, Reichman ve So'nun yaptığı çalışmaya göre (2006, sayfa 1)

> Klinik deneylerin yürütülmesi ya da fonlanması konusunda ilk akla gelen sorumlu ilaç şirketleri olduğu sürece, onlar da seçici bir biçimde bilgi saklamaktan ve istenmeyen sonuçların elde edilebileceği araştırma programlarından sakınmaktan çekinmeyeceklerdir. Bilginin kamuya açıklanmasına dair herhangi bir hukuki zo-

> runluluğun söz konusu şirketlerin kamu güvenliğini garanti altına alacak her testi yapacağına dair bir güvence sağladığı düşünülmemeli... Şayet bir ilacın kullanılabilirliği küçük bir grup ile sınırlı kalırsa ya da düzenli kullanımı tercih edilmiyorsa, bu konuda ilaç şirketlerini yüksek maliyetli faz IV klinik çalışmaları için cesaretlendirecek çok az sayıda teşvik mekanizması bulunmaktadır.

Bu nedenden dolayı, yazarlar "klinik araştırmaları şeffaflık koşulları özel olarak tanımlanmış bir şekilde yürütecek bağımsız deney kuruluşlarının kurulmasına... Klinik araştırmaların sponsorluk mekanizmalarından ayrılmasıyla birlikte çıkar çatışmasına dair sorunlarda azalmalar görülebileceğine" dikkat çekiyorlar (Lewis et al., 2006, sayfa 1).

Yenilikçi kapasitenin azalmasına dair bir diğer etken ise, idari önlemler veya pahalıya mâlolan davalar yoluyla rakipleri pazarın dışında tutmak için stratejik olarak kullanılan, eski ilaçlara ilişkin ikincil patentlerin çoğaltılmasıdır (polimorflar, izomerler, formülasyonlar, yeni kullanımlarda vs. olduğu gibi) (Federal Trade Commision (FTC), 2002)[8]. Kimi zaman hileli bir biçimde[9] alınabilen bu tarz patentler sayesinde şirketler, jenerik ilaçların satışa sürülmesini ciddi biçimde erteleyebildikleri gibi, eski ilaçlardan gelen kar marjını da aynı oranda yüksek tutabiliyorlar; bu durum her ne kadar tüketicilerin ve de hükümetlerin zararına olsa dahi.

İLAÇ ENDÜSTRİSİNDE PATENT UYGULAMALARI

Yıllık 400 milyar Amerikan dolarını aşan satış rakamlarıyla ilaç sektörü, oldukça küreselleşmiş durumdadır. Önde gelen şirketler birçok ülkede kendilerine bağlı alt kuruluşlar üzerinden etken madde ya da formüle edilmiş ürün ticareti yaparken, diğer bazı büyük şirketler ise çeşitli ülkelerdeki Ar-Ge tesislerini işletmeyi sürdürüyorlar. Büyük ilaç şirketleri patent haklarını küresel çapta elde ederlerken(yoksul ülkeler de dâhil) en az gelişmiş ülkelerde (EAGÜ) birkaç istisnai duruma rastlamak mümkündür[10]. Küresel bir patent rejiminin endüstri için avantajları aşikâr; ticari markalar ve diğer FMH formları dolayısıyla elde edilen patentler ile birlikte, birçok ürünün fiyatında birim maliyeti üzerinden önemli miktarda artışlar sağlanabilmektedir.

---

[8] "Düşük kalitede" ya da yanlış patentlerin çoğalmasından kaçınmak adına, patent başvurularını değerlendirirken katı kurallara bağlı standartların uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir. Bakınız, Correa, 2006.

[9] Bakınız, Federal Trade Commission (FTC), 2003.

[10] Arada bir de olsa, kuş gribine karşı geliştirilen ve Hoffman LaRoche tarafından Gilead Sciences'dan alınan özel bir lisansla üretilen oseltamivir vakasında görüldüğü gibi, ilaç şirketleri diğer gelişmekte olan ülkelerde patentleme işlemlerini gerçekleştirmede başarısız olabiliyorlar. Bahsi geçen ilaç, Arjantin, Endonezya, Filipinler ve Tayland'da Hoffman LaRoche tarafından patentlenmemiştir.

Endüstriyel aktivitelerin fonlanması ve Ar-Ge çalışmalarına itici bir güç sağlaması açısından patent uygulamalarının bu alanda önemli bir yer teşkil ettiği yadsınamaz bir gerçektir. Ancak, bu önermenin iki açıdan nitelikli bir biçimde tanımlanması gerekmektedir.

Bir yandan, yeni buluşların ortaya çıkması, işin esası itibariyle gelişmiş ülkelerdeki ticari etkinliklerin akıbetine bağlıdır. Her ne kadar gelişmekte olan ülkelerin endüstrileri kendi ürünlerinin patent hakkı korumalarını garantilemek adına amansız bir çaba sarfetse de bu ülkelerin küresel satış oranlarındaki payı sadece yüzde 10, küresel endüstri kar paylarında tuttukları yer ise yüzde 5 ile 7 arasında gidip gelmektedir (Pharmaceutical Research and Manufactures of America, 2005). TRIPS Antlaşması kapsamında ilaç patentlerinin gelişmekte olan ülkelerde de yaygın hale getirilmesi ile yeni ilaçların geliştirilmesi arasında hiçbir anlamlı ilişki bulunmamaktadır (Scherer, 2004). Scherer'in yaptığı araştırma, küresel bir refah düzeyine erişilebilmesi için dünya genelinde uygulamaya sokulmuş tek tip bir ilaç patenti uygulaması ile zengin ülkelerden çıkma firmaların buluşlarının düşük-gelirli uluslarca "bedava" kullanılmasına izin veren uluslararası kuralları karşılaştırır. Araştırmanın en önemli değişkenleri şunlardır: bedavacılığın yeni ilaç buluşlarına dair olumsuz etkilerinin kapsama alanı, zengin ulusların yoksul olanlara nazaran barındırdıkları kira potansiyeli (rent potential), gelirin marjinal faydası oranının zengin uluslar ile yoksul uluslar arasındaki dağılımı ve Ar-Ge kararlarının alındığı rekabet ortamları. Scherer'in bulgularına göre, makul koşulların tesis edilmesiyle birlikte, yoksul ülkelere izin verilecek bedavacılık, küresel refahın geliştirilmesine daha çok hizmet edecektir (Scherer, 2004).

Öte yandan, kendini daha çok zengin ülkelerde gösteren hastalıklara yönelik Ar-Ge araştırmaları patent uygulamaları tarafından beslenmektedir. Sadece kâr getiren pazarların varolduğu bir sistem içerisinde patentler harekete geçirici işlevlerini yerine getirirler. Fikri Mülkiyet Hakları, Yeni Buluşlar ve Halk Sağlığı Komisyonunun (Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health – CIPIH) yayınladığı rapora göre:

> Gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca yoksul insanı etkileyen hastalık örneklerinde olduğu gibi, piyasanın kısıtlı düzeyde alıcı gücünün olduğu bir ortamda, patentler Ar-Ge uygulamalarını ya da pazara yeni ürünlerin gelmesini teşvik etmek için etkili veya bununla ilişkili bir etken değildir... Talebin düşük olduğu ama ihtiyacın düşük olmadığı gelişmekte olan ülkelerde, ülkenin hastalık yükü ve koşullarıyla yakından ilgili yeni ya da değiştirilmiş müdahale biçimlerinin geliştirilmesi konusunda çok az harekete geçirici etken bulunmaktadır (Commission on Intellectual Property Rights, 2006, sayfa 34-6).

Bu durum patent doğasının mantıklı bir sonucudur. Ancak insan kaynakları,

sermaye ve geri dönüşler bakımından uygun koşulların var olmasıyla tanınabilecek olan teşvikler patentler tarafından bahşedilir.

Yakın dönemde, özellikle tip II ve III hastalıkları kapsayacak şekilde[11], Hindistan gibi yenilikçi ve gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştirilen Ar-Ge çalışmalarına etki edecek yeni bir itici güce dair beklentiler mevcuttu. Ancak elde olan veriler göstermektedir ki büyük ama yerel ilaç şirketlerinin Ar-Ge harcamalarındaki artış ve sarfedilen enerji, büyük uluslararası ilaç şirketlerinin zengin pazara sahip ilaçlar için yaptıklarının yanında solda sıfır kalmaktadır. Buna ilaveten, Hint şirketlerinin benimsediği model, klinik denemeler ve ruhsatlandırmayla ilgili süreçlerin yüksek maliyetlerinden kaçınmak adına yeni tip moleküllerin geliştirilmesi ve erken aşamada bırakılan bu moleküllerin lisanslarının daha büyük ilaç şirketlerine satılması üzerine kurulmuştur (Chaudhuri, 2005).

Kısacası, patentler büyük kâr oranları barındıran pazarlar için yeni tedavilerin geliştirilmesine katkıda bulunuyor. Yoksul kesim hastalıklarıyla ilişkili talep eksikliği ise patent koruma uygulamalarını tip III hastalıklar için alakasız, tip II hastalıklar için de kısmen alakalı kılıyor. Yani, patentler kârlı kazanç getiren ilaçların geliştirilmesi ve pazarlanması açısından bir itici güç teşkil etse de dünya nüfusunun büyük bir kesimini etkileyen sağlık problemlerine dair bir müdahale potansiyeli oluşturmaması sebebiyle varsıl ile yoksul arasında varolan eşitsizliklerin şiddetini arttırıyor olabilir. Özellikle yoksul kesim hastalıkları göz önünde bulundurulduğunda, yeni ilaç keşfinin teşviki açısından alternatif mekanizmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde ihtiyaç duyulan ürünlerin geliştirilmesine yönelik birçok kamu-özel ortaklıkları oluşturulmuştur. Örneğin, İhmal Edilen Hastalıklar için İlaçlar Girişimi ile Sanofi-Aventis arasında başlatılan ortaklık, sabit doz üzerinden bir artesunate-amodiaquine kombinasyonu geliştirmiş, bu ilacı yirmi üç Sahra-Altı Afrika ülkesinde kullanılmak üzere ibraz etmiş ve bu ülkelerin on ikisinde kullanıma sokmuştur (Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi) & Sanofi-Aventis, 2008). Yine de bu tarz girişimlerin sürdürülebilirliği açısından ciddi sorunlar bulunmaktadır (Commission on Intellectual Property Rights, 2006) ve alternatif yeni buluş yöntemlerinin teşvik edilmesi adına Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir tartışma ortamı oluşturulmaya çalışılmaktadır. 2008 yılında, hükümetlerin gelişmekte olan ülkeleri orantısız bir biçimde etkileyen sağlık sorunlarına yönelik geliştirilecek tedavilerin araştırma ve geliştirme faaliyetlerini desteklemesini öngören yeni bir küresel strateji ve eylem planı, Dünya Sağlık

[11] Tip I hastalıklar geniş çaplı insan nüfuslarını etkileyebilecek şekilde hem varsıl hem de yoksul ülkelerde görülmektedir. Tip II hastalıklar ise (çoğunlukla ihmal edilmiş hastalıklar olarak geçer) yine hem varsıl hem de yoksul ülkelerde görülmektedir ama yoksul ülkelerde oluşturduğu hastalık yükü çok daha fazladır (örneğin HIV/AIDS ve verem). Tip III hastalıklar ise ezici bir çoğunlukla ya da özel olarak gelişmekte olan ülkelerde görülürler (Intergovernmental Working Group on Public Health, 2007).

Asamblesi tarafından kabul edilmiştir (ICTSD reporting, 2008). Önerilen alternatif yöntemler şunları içermektedir:

1. 1983 yılında Birleşik Devletler'de çıkarılan Yetim İlaç Yasası doğrultusunda kısıtlı bir zaman diliminde geçerli olacak, "yetim ilaç" şeması üzerine geliştirilmiş bir pazar ayrıcalığı. Bu model, her ne kadar Birleşik Devletler'de başarı sağlamışsa da sadece satın alma gücünün yüksek olduğu yerlerde çalıştığı gözlemlenmektedir (Commission on Intellectual Property Rights, 2006). Ayrıca, gerekli diğer önlemler alınmadığı takdirde, verilen ayrıcalıklar düşük-gelirli hastaların yeni ilaçlara olan erişimini engelleyebilir.
2. Gelişmekte olan ülkelerde yaygın görülen hastalıklara hitap eden ilaçların geliştirilmesine yönelik ödüllendirme mekanizmaları. Bu tarz projeler patentler üzerinden özel haklara tabi tutulmayan yeni ilaçların geliştirilmesi konusunda daha genel teşvik edici yönlere çekilebilir. Stiglitz "gelişmekte olan ülkelerde yaşayanlara ızdırap çektiren hastalıklara yönelik aşı ya da tedavi yöntemleri geliştirenlerin" katılacağı ödenekli bir tıbbi ödül yarışması önermiştir (2007).
3. Kararlaştırılmış bir fiyat üzerinden geliştirilecek ürünlerin gelecek zamanda belli miktarlarda satın alınacağını taahhüt eden ileri düzeyde antlaşmalar. Bu yöntemin çoktan kimliklendirilmiş ve Ar-Ge sürecinde içerdiği risklerin kısmen düşük seviyede olduğu öngörülen moleküller için geçerli olduğu düşünülüyor (Barder, Kremer & Levine, 2005).
4. Özellikle yeni aday moleküllerin belirlenmesi için kullanılacak açık kaynak yöntemleri (Kepler et al., 2006). Bu yaklaşım Ar-Ge döngülerinin erken aşamalarında bulunan ilaçların gelişimini besleyebilir.
5. Birçok sivil toplum kuruluşu ve hükümet tarafından, ilaç Ar-Ge süreçlerinin fonlanmasını sürdürülebilir kılmaya yönelik önerilen tıp araştırmalarını konu edinen yeni bir uluslararası antlaşma (Kepler et al., 2006)[12].

Bu önerilerin bir kısmı, özellikle açık kaynaklara erişim konusunu kapsayan girişimler, 2004 yılında Arjantin ve Brezilya'da masaya konan Dünya Fikri Mülkiyet Örgütü (World Intellectual Property Organization – WIPO) Gelişim Gündeminin oluşturduğu bağlam ışığında incelenip daha da ileri safhalara taşınabilir. Mesela, 2007 Eylül ayında, Dünya Fikri Mülkiyet Örgütü Asamblesi tartışılan kırk beş öneriyi kabul etti (World Intellectual Property Organization, 2008).

[12] Bakınız, http://www.cptech.org/workingdrafts/rndtreaty.html.

İLAÇLARA ERİŞİM

Tıpkı diğer teşvik mekanizmaları gibi, patentlerin nasıl işlerlik kazandığı da uygulandıkları bağlama göre değişmektedir. Sermaye eksikliği gösteren ve gerekli bilimsel ve teknolojik altyapıdan yoksun ülkelerde patentler, yerel Ar-Ge araçlarını tetikleyen bir unsur olmaktansa birer haciz toplama mekanizması olarak çalışırlar. Patentler, tüketiciler ve teknoloji kullanıcıları üzerinde uygulanan tekelci fiyatlandırmalar ve patent ücretlendirmeleriyle birlikte yeni buluşların toplum içindeki dağılımında sınırlandırıcı etkiler gösterirler. Ürün rekabetten ve yerine geçmesi olası diğer ürünlerden ne kadar ayrı tutulursa, o ürün üzerinden toplanacak haczin fiyat miktarı ve yaptırımları o kadar yüksek olur. Bu durum, ilk planda toplumun payına düşmesi planlanan menfaatleri bariz bir biçimde düşürürken, yeri değişecek rakip şirketlerin geliştirebileceği jenerik ilaçlardan faydalanma imkanını da kısıtlar. Patent koruma uygulamaları ile sunulan fiyatlar olağandışı miktarlara çıkabilir. Örneğin, 2005'in Ocak ayında ilaç ürünlerinin patentlenmesini kabul eden Hindistan'da, lösemi tedavisinin maliyeti, elde avuçta bulunan tek tedavi imkanı olan imatinib'in kristallize formunun patent uygulamalarına tabi tutulmasıyla birlikte kat be kat artmış olabilir.

Başka bir örnek ise antiretroviral (ARV) ilaçların fiyatlarının zaman içerisindeki değişiminde görülür. 2000 yılında, yılda hasta başına tedavi için biçilen fiyat 10,000 Amerikan Doları'ndan fazlaydı. Hint jenerik ilaç firmalarının oluşturduğu rekabet ortamıyla birlikte, 2001 yılında aynı ARV tedavisinin maliyeti 400 Amerikan Doları'na düşürüldü ve o zamandan beri hem jenerik ilaç üreticisinin hem de ilacı ilk çıkaran firmanın fiyatları hâlâ düşüşte. O dönemde, söz konusu düşük maliyetli tedaviye ulaşım mümkündü, çünkü Hindistan henüz ilaç ürünlerine dair patent uygulamalarını tanımıyordu ve de patenti başka yerde olan ürünlerin jenerik versiyonlarını üretebilme hakkına sahipti. Fakat, 1 Ocak 2005 itibariyle, Hindistan bu patentleri tanımaya ve uygulamaya tabi kılındı (1 Ocak 1995 yılından itibaren patent dosyaları oluşturulmuş ürünler dâhil). Bunun sonucu olarak, gelecek zaman içerisinde yeni ilaçlar için alternatif kaynaklar oluşturmak mümkün olmayacak, ve de patent sahipleri yüksek ve ortagelirli tüketicilere hitap edecek şekilde fiyatlandırmalara gidebilecekler. Ulusal yasama organlarının TRIPS ile uyumlu mekanizmaları ve patentli ilaçların fiyatlarını etkili bir biçimde kontrol etme yetkisi olmadığı sürece, gelişmekte olan ülkelerin yoksul nüfuslarının büyük bir kısmı ilaç ve tıbbi tedaviye erişimden yoksun kalma tehlikesi altındadır.

İlaçların yüksek bir şekilde ücretlendirilmesinin insan hakları bakımında anlamları vardır; bu yolla ihtiyaç duyulan tedaviye erişimi sağlayacak ülke içi otonomi kısıtlanmış olur. Uluslararası insan hakları ve sağlığa erişim hakkı üzerinden bu çıkarımlar, birer temel görev olarak giderek artan bir hızla benimseniyor (Hunt, 2006). Gerçekten de CIPIH raporları bu hakkı tanımakta ve ilaçlara

erişim açısından devletlere belli görev ve sorumluluklar yüklemektedir. Buna benzer bir şekilde, 2007 Eylül ayında Birleşmiş Milletler Özel Raportörünün Sağlığa Erişim Hakkı üzerinden yayınladığı taslak rapor, İlaçlara Erişim ile ilgili İlaç Şirketleri için İnsan Hakları Kılavuzu'nda, şirketlerin kurumsal misyon bildirilerinde geçen "genel anlamda açıkça insan haklarının önemini tanıma ve özel anlamda şirketin stratejileri, idare yöntemleri, programları, projeleri ve etkinlikleri açısından ulaşılabilirliği en yüksek standartta sağlık hakkını tesis etme" ve şirketlerin "stratejilerine, idare yöntemlerine, programlarına, projelerine ve etkinliklerine insan haklarını ve ulaşılabilirliği en yüksek sağlık standartlarını dâhil etme" maddeleri hatırlatılmış ve yerine getirilmeleri talep edilmiştir (sayfa 4)[13].

Geleneksel iktisat kuramına göre, yeni buluşları teşvik etmek için ücret ve miktara dayalı rekabet geçici olarak zaptedilebilir. Bu durum *statik etkinliği* azaltsa bile, yeni buluşlar için çalışanların Ar-Ge yatırımlarını geri kazanmaları yoluyla *dinamik etkinliği* destekleyecektir (United Nations Conference on Trade and Development Secretariat, 1998)[14]. Statik-dinamik etkinlik mantığı her ne kadar gelişmiş bir toplum için geçerli olabilirse de ciddi eşitsizliklerin olduğu yerlerde bu önerme geçerliliğini yitirir. Gelişmekte olan ülkelerin teknolojik gelişimlerine katkı sağlamak bir yana, yüksek düzeyde tutulan FMH koruma uygulamaları bu ülkelerin teknolojik açıdan gelişmelerine engel olur ve de kaynak dağılımı açısından olumsuz etkilere yol açar (Stiglitz, 1999). İlaçlar söz konusu olduğunda, tüketiciler gelişmekte olan ülkelerde ilaç şirketlerinin Ar-Ge bütçelerine çeşitli yollar üzerinden katkıda bulunurken, bu şirketler araştırma konularını daha ziyade gelişmiş ülkelere yönelik kâr getiren ilaçlar üzerine yoğunlaştırır ve gelişmekte olan ülkelerin yoksul kesimlerince ihtiyaç duyulanları ihmal ederler (Commission on Intellectual Property Rights, 2006). Sonuç olarak, patentler belli tip ilaçların geliştirilmesine yönelik Ar-Ge ödeneklerine anlamlı bir biçimde yön verirken, aynı zamanda teşvik ettikleri buluşlara erişim imkanlarını da etkilemiş olurlar (Chaudhuri, 2005). İlaçlara erişim konusunda patent uygulamalarının yarattığı endişeler birçok ortamda gelişmekte olan ülkeler ve sivil toplum kuruluşları tarafından dile getirilmiştir.

Bu tip kaygılar Doha Bakanlar Konferansı'nda kabul edilen TRIPS ve Halk Sağlığına İlişkin Doha Bildirisi'nde kamuoyuna yansıtılmıştır. Doha

[13] huachen.org/english/issues/health/rights/docs/draftguid150508.doc adresinden bakılabilir.

[14] Mevcut kaynakların en düşük maliyet ile en iyi şekilde kullanılmasına *statik etkinlik* denir. Statik etkinlik alt sınıflara ayrılırsa:
(i) *Üretim etkinliği*, işlem maliyeti ve X-etkinlik birikimleri ile birlikte teknik ve teknik olmayan etkinliklerin faaliyette bulunması;
(ii) *Dağıtım etkinliği*, tüketici talebini en iyi şekilde karşılayacak biçimde düzenlenmiş fiyatlandırma sistemiyle ürünlerin dağıtımı.
Dinamik etkinlik ise uzun vadede daha düşük fiyatlara ulaşılacak şekilde, daha etkin üretim usülleri ve örgütlenmeleri ile yüksek kalitede ya da yeni olan ürünlerin en iyi biçimde sunulmasıdır (United Nations Conference on Trade and Development Secretariat, 1998).

Bildirisi'nde, birçok gelişmekte olan ülke ve EAGÜ'lerin başına bela olan ve sadece HIV/AIDS, tüberküloz, sıtma ve diğer salgınlarla sınırlı kalmayan halk sağlığı sorunlarının "ağırlığı" kabul edilmektedir. Bununla beraber, fikri mülkiyet koruma uygulamalarının fiyatlamalar üzerindeki etkilerine dair kaygılar da tanınmıştır (World Trade Organization, 2001). Doha Bildirisi, TRIPS Antlaşması ile birlikte izin verilen zorunlu lisans verme olasılığı ve patentli ürünlerin paralel ithalatını kabul etme gibi esneklikleri doğrulamıştır. Doha Bildirisi'nin önemli paragraflarından (Paragraf 4) birinde belirtildiği üzere:

> TRIPS Antlaşması'nın Üyelerin kendi halklarının sağlığını korumak üzere alması gereken önlemlere engel teşkil etmemesi gerektiği konusunda hemfikiriz. Bununla birlikte, TRIPS Antlaşması'na dair bağlılığımızı bir kez daha vurgularken, bu antlaşmanın Dünya Ticaret Örgütü Üyeleri'nin kendi halklarının sağlığını korumak ve ilaçlara erişimi teşvik etmek üzerinden ellerinde bulundurdukları hakları destekler bir biçimde yorumlanması ve uygulanması gerektiğini teyit ediyoruz.

Zorunlu lisanslar, bir sonraki bölümde tartışılacağı gibi, patent koruması altında bulunan ilaçlara erişimi arttırmak adına bir araç olarak kullanılabilir. Aslında, İnsan Hakları Komisyonu gibi Birleşmiş Milletler organları da zorunlu lisans uygulamalarını gelişmiş ülkelerin sağlık hakkı üzerinden taşıdıkları yükümlülükleri yerine getirme adına yararlı bir mekanizma olarak tanımış bulunmaktadır (United Nations High Commissioner for Human Rights, 2001).

ZORUNLU LİSANSLAR

Zorunlu lisans, ünvan sahibinin onayı olmadan bir patentin (ya da diğer fikri mülkiyet haklarının) yönetim ya da mahkeme yoluyla bir hükümet tarafından üçüncü bir tarafa verildiğine dair yetki belgesidir. Zorunlu lisans kavramı aynı zamanda hükümetler bazında ticari olmayan kullanımları da kapsar; yani, bir patentin hükümet yetkisi altında ya da hükümet tarafından kullanılma hallerini. Ulusal yasalar, TRIPS Antlaşması'nın 31. maddesiyle uyumlu bir biçimde, bir patentin hükümet ya da bir üçüncü grup tarafından kullanılmasını mecbur kılabilir. Hükümet kullanımı ve zorunlu lisanslar, patentlerin sahip olduğu yasal gücü azaltılabildiği gibi, söz konusu uygulamalar karşılanabilir fiyatlarla ilaçlara erişimi garanti altına almak adına önemli araçlardır.

Her ne kadar 1925 yılı kadar eskiye dayanan bir dönemde zorunlu lisansların verilmesi meselesine, Sınai Mülkiyetin Korunmasına dair Paris Antlaşması sırasında kafa yorulduysa da Birleşik Devletler haricinde sadece birkaç lisans tahsis edilebilmişti. Amerikan Hükümeti'nin ülke dışındaki Amerikan şirketlerine kayıtlı patentleri aktif bir biçimde savunmasına rağmen, ülke sınırları dâhilinde birçok

patent ya hükümet tarafından kullanılmak üzere ya da rekabeti öldüren pratiklere deva olması sebebiyle zorunlu lisans uygulamasına tabi tutulmuştur (Correa, 1999; Reichman & Hasenzahl, 2003)[15]. Özellikle İngiliz patent yasasını kendine örnek alan birçok gelişmekte olan ülke ise zaman içerisinde, bu ve bunun gibi lisansları tahsis eder olmuştur. Ancak, yakın bir döneme kadar, zorunlu lisans sistemi kullanılmamış bir halde kalmıştır. Hatırı sayılır sayıda gelişmekte olan ülke, zorunlu lisansları yürürlüğe sokmamaları konusunda gelişmiş ülkelerden gelen baskılar konusunda hassas bir tavır takınmışlardır (Outterson, 2005).

31. Madde'de tanımlanan koşulların sağlanması şartıyla patentlerin zorunlu lisanslanmaları TRIPs Antlaşması'na uyum göstermek ile birlikte, gelişmekte olan ülkeler TRIPs Antlaşması ve Halk Sağlığına İlişkin Bildiri üzerinden zorunlu lisans tahsis edebilme haklarının doğrulanması ve bu hakların korunmasına dair gerekli zeminin oluşturulması arayışına girmişlerdir (Paragraf 5(b)). Bu doğrulama, birçok gelişmekte olan ülkenin zorunlu lisans verebilme hakkını elinde tutabilmesine dair sağlanan destek için kullanılmış bir araç olarak düşünülebilir (bakınız Tablo 11.1). Örneğin Brezilya zorunlu lisans verme konusunda tehditkar bir tavır takınmış, bunun sonucunda da bazı antiretrovirallerin (ARVler) patent sahiplerince tatmin edici miktarda düşük bir ücretlendirmeye gidilmiştir (Commission on Intellectual Property Rights (CIPR), 2002).

Tablo 11.1'de de gösterildiği gibi, bazı durumlarda zorunlu lisansların verilme sebebi patentli ilaçların yerel imâlatına imkân sağlamak iken, diğerlerinde ise hedef patentli ürünlerin ucuz versiyonlarının ithalatıdır. Örnek vermek gerekirse, Malezya zorunlu lisans verme, TRIPs Antlaşması ve Halk Sağlığına İlişkin Doha Bildirisi'nin kabulünü takiben verilmiş özel tip bir zorunlu lisans ve "hükümet kullanımı" ya da "Hükümetin Hakları"[16] kanun hükmünü işletme konusunda eyleme geçen ilk ülke olmuştur (Ling, 2006). Çoğunlukla, zorunlu lisanslar ve hükümet kullanımı yetkisi ARVler için verilir olmuştur. Tayland ise başka tip ürünleri - kalp hastalıkları için geliştirilen ilaçlar – hedef alan ilk gelişmekte olan ülkedir (Ministry of Public Health & National Health Security

[15] Amerikan Yüksek Mahkemesi'nin son dönemde verdiği bir patent ihlali vakası üzerin-den mahkeme emirlerinin kalıcılığını reddeden karar, zorunlu lisans uygulamalarının "hakkaniyetli" bir zeminde işletilebileceğini göstermiştir. 15 Mayıs 2006 tarihli eBay Inc. et al v. Mercexchange davasında Yüksek Mahkeme tarafından ifade edildiği üzere, "ihtiyati tedbirlerin alınıp alınamamasına dair kararlar bölge mahkemelerinin adaletli sağduyularına bırakılmıştır."

[16] Patentli ilaçların hangilerinin hükümetler tarafından kullanılabileceğini belirleyen kriterler şunlardır: Ulusal Temel İlaçlar Listesi'nde bulunması; ya da ciddi halk sağlığı sorunlarını çözmede ihtiyaç duyulması; ya da olağanüstü veya aşırı acil durumlarda ihtiyaç duyulması; ya da akut olaylar/salgınlar/pandemileri önleme ya da kontrol etme konusunda ihtiyaç duyulması; ya da hayat kurtarıcı olması ve de ulusal sağlık sigortasında hak sahibi olanlara hükümetin hizmet götürebilmesi açısından ilaçların fiyatlarının karşılanabileceğinden çok yüksek olması. Ürünlerin perakende satış değerlerine göre telif hakkı yüzde 0,5 ile yüzde 2 arasında değişiyor.

Office, 2007)[17]. Patent sahiplerine ödenen istihkak bedeli ise lisans altında üretilen ürünün değerinin yüzde 0,5 ile 4'ü arasında değişiyor. Çoğu vakada, neticede ortaya çıkan fiyat azaltımları anlamlı olmakla beraber, hükümetlere daha fazla hastaya tedavi hizmeti götürme imkanı tanıyor.

Fakat, patentli ilaçların daha ucuz versiyonlarına ihtiyaç duyan ülkeler, yabancı stokların bu ülkelerin kullanımına müsait olmamasıyla birlikte, bu ilaçları üretme konusunda bir kapasite yetersizliğiyle karşı karşıya kalabiliyorlar. Teknik kapasite, uygun ekipman, yetersiz insan kaynağı, yüksek maliyetli üretim koşulları ve diğer engeller yüzünden, birçok gelişmekte olan ve az gelişmiş ülke ilaç üretiminde ihtiyaç duyulan aktif bileşenleri üretemez durumdadır. Bu ülkeler patent korumalı ilaçların jenerik versiyonlarını ithal etmek için zorunlu lisans uygulamalarına geçseler dahi, TRIPS kuralları stok sağlayıcı ülkeler üzerinde üretim ve ihracat adına çeşitli kısıtlamalar getirmektedir. Yetersiz ya da noksan üretim kapasitesine sahip Dünya Ticaret Örgütü üyelerinin TRIPS Antlaşması altında etkili bir biçimde zorunlu lisanslama imkânından yararlanmada yaşayacağı zorlukları Doha Bildirisi'nin altıncı paragrafı tanımaktadır. TRIPS Konseyi'nin "bu soruna süratle bir çözüm üretmesi" için telkinlerde bulunulmaktadır. Konsey, uzun ve çetin görüşmelerin sonucunda, Dünya Ticaret Örgütü Genel Konsey Kararı başlığı altında 30 Ağustos 2003 yılında oybirliği ile bir antlaşmaya vardı (the WTO Decision). Alınan karar, konudan muaf tutulan ihracatçı ve ithalatçı ülkelerin birtakım koşulları yerine getirmelerini şart koşuyor.

DTÖ Kararı'nın uygulanması adına birkaç ülke yasama organlarını devreye soktu ve kendilerini potensiyel ihracatçılar olarak tanımladılar. Bu ülkeleri saymak gerekirse; Kanada, Norveç, Hindistan, Hollanda ve İzlanda. Avrupa Parlementosu ve Konseyi, 17 Mayıs 2006'da kabul ettiği 816/2006 nolu Düzenleme (EC) ile halk sağlığı problemi olan ülkelere ihraç edilecek ilaç ürünlerinin imalatı konusunda zorunlu lisans uygulamalarını yürürlüğe koydu. Avrupa Komisyonu tarafından halk sağlığı sorunlarından muzdarip ülkelere ihraç edilecek ilaç ürünlerinin imalatı ile ilgili patentlerin zorunlu lisanslanması üzerine dile getiril-

[17] Zorunlu lisans uygulamalarının yeni ilaçların keşfedilmesini tehlikeye atacağını iddia eden argümana Tayland kararıyla karşı çıkılmıştır. Mevcut ampirik bulgular da bu görüşü yanlışlar niteliktedir. Scherer'in yaptığı analiz, patent sahiplerince yapılan Ar-Ge faaliyetlerini azalttığı veya ortadan kaldırdığı iddia edilen zorunlu lisans uygulamalarının Birleşik Devletler firmalarının Ar-Ge harcamalarını ne ölçüde etkilediğini ele almaktadır. Yetmiş şirket üzerinden geliştirilen istatiksel bulgu seti göstermektedir ki zorunlu lisans uygulamaları şirketlerin Ar-Ge çalışmaları üzerinde olumsuz bir etki yaratmak bir yana, bu lisanslara tabi tutulmayan şirketlerle karşılaştırıldığında anlamlı bir artış söz konusudur. Bakınız Scherer, 2003, sayfa 107-08; Outterson, 2005, "sayfa 230"dan sonra (zorunlu lisansların optimum seviyede yeni keşiflere zarar vermediğini iddia etmektedir.) Gerçeği söylemek gerekirse, bu bulgular sayesinde patent uygulamalarıyla gizlilik hakları şirketlere verilmediği takdirde hiçbir Ar-Ge faaliyetinin yürümeyeceği argümanı temelden sarsıntıya uğratılmıştır. Böylece, Tandon'un da belirttiği gibi "firmalar rakiplerinin elinde bulunan patentler etrafında buluşlar peşinde koştukları için büyük paralar harcamaktadırlar. Kural haline getirilmiş bir zorunlu lisans sistemi ile bu harcamalar gereksiz hale gelecektir ve de hastalara/yoksullara yapılan yardımlarda artış sağlanacaktır" (Tandon, 1982, sayfa 485).

Tablo 11.1 Zorunlu Lisanslar ve Gelişmekte olan Ülkelerde Hükümetlerce Kullanımı

Ülke ve Zorunlu Lisans Kabul Tarihi	Yetkilendirme Çeşidi	Ürünler	Maliyet İndirimi	Patent Sahibine İstihkak (Remuneration)
Zimbabwe Mayıs 2002	Olağanüstü bir duruma dayanarak, bakanlığın, devlete hizmet amacıyla, patentli ürünlerin herhangi bir hükümet birimi ya da üçüncü taraf tarafından kullanılabilmesine dair yetkilendirilmesine izin veriyor.	ARVler	Yılda 197-237 Amerikan Doları'ndan 180 Amerikan Doları'na	Bilgi Yok
Malezya Kasım 2003	Yerel dağıtıcıya, iki yıl boyunca kamu yararına çalışan hastanelere stok sağlaması amacıyla, Hintli bir imalatçıdan ürün ithal etmesine yetki veriyor	ARVler	Ayda 315 Amerikan Doları'ndan 58 Amerikan Doları'na	Stokların yüzde dördü teslim edildi
Mozambik Nisan 2004	Yerel imalat için zorunlu lisans yetisi	Sabitlenmiş doz kombinasyonuyla ARV	Toplamda %2 ciro kaybı (turnover)	
Zambia Eylül 2004	Yerel imalat için zorunlu lisans yetisi	ARV	Toplamda %2.5 ciro kaybı (turnover)	
Endonezya 2004	Bakanlığa hükümet için ve hükümet adına patentlerden faydalanma sebebiyle bir ilaç fabrikasını görevlendirebilme yetkisi tanıyor	Nevirapine ve lamivudine	Ayda 38 Amerikan Doları'na üretilen sabit dozlu kombinasyon	0.5% kesin satış
Gana Ekim 2005	Hükümet kullanımı	ARVler	Yılda 495 Amerikan Doları'ndan 235 Amerikan Doları'na	Bilgi Yok
Tayland Kasım 2006 Ocak 2007	Hükümet kullanımı	Efavirenz Plavix Kaletra	Ayda 41 Amerikan Doları'ndan 22 Amerikan Doları'na	0.5% satış değeri
Brezilya Mayıs 2007	Kamu yararına	Efavirenz (600 mg)	Doz başına 1.59 Amerikan Doları'ndan 0.45 Amerikan Doları'na (2007 yılında 30 milyon Amerikan Doları kazanç)	Bilgi Yok

Kaynak: Oh, 2006 ve Khor, 2007 çalışmaları üzerinden oluşturulmuştur.

miş bir öneriye dayanan bu düzenleme ile birlikte, DTÖ Kararı'nda vurgulanan gerekli koşullara yenileri eklenmiş oldu, ama en sonunda konuya dair olumlu ve ilerleyici bir tavrın takınıldığı söylenebilir (Abbott & Reichman, 2007).

DTÖ Kararı tarafından düzenlenen mekanizmaya dair yaşanan en büyük güçlük potansiyel stok sağlayacıları ile patent sahipleri arasında gerçekleştirilmesi gereken öngörüşmelere dair ihtiyaç duyulmasıdır (Kanada ve AB uygulama düzenlemeleri, örneğin, müzakereler için otuz günlük bir zaman dilimi tanıyor). Bu durum zorunlu lisans yetkisinin verilmesi hususunda ciddi ertelemelere yol açabilir. Buna ilaveten, basit bir satış teklifi patent haklarını zedeleyebileceğinden dolayı (özellikle TRIPS Antlaşması Madde 28.1), firmalar ihraç eden, gerekirse, ithal eden ülkede de bir zorunlu lisans elde etmeden önce, ihtiyaç içerisinde bulunan ülkelere ilaç arz etmekte isteksiz davranabilirler. Açıkçası, bir firma tarafından ürünlerinin satın alınacağına dair tam bir bağlılık verilmediği sürece, ancak birkaç firma söz konusu lisanların alım masraflarını karşılayabilecek hazırlıklara sahip olacaktır.

DTÖ Kararı'ndan yararlanmak için gerekli bir şart olarak, potensiyel ithalatçı ülkeler bu niyetlerini bildirmekle yükümlüdürler (Correa, 2004). Şimdiye kadar hiçbir ülke bunu yapmadı ve DTÖ Kararı daha hiç uygulanmadı. Bu, söz konusu mekanizmanın verimliliği ve elverişliliği açısından can sıkıcı bir işaret olarak değerlendirilebilir. Yine de 2005 aralık ayında DTÖ Kararı, kalıcı bir mekanizma olması temennileri ile yeni bir madde olarak (31bis) TRIPS Antlaşmasına dâhil edildi. Ancak bu karar, DTÖ kuralları ile uyumlu olacak şekilde, üye ülkelerin onayına ihtiyaç duymakta ve üye ülkelerden hiçbiri şimdiye kadar bu konuda pek acele edeceğe benzememektedir[18].

Özetleyecek olursak, Doha Bildirisi halk sağlığını ticari çıkarların üstüne koyma ihtiyacını doğrular nitelikte önemli bir siyasal ve toplumsal girişimdir, her ne kadar ticari çıkarlar ile fikri mülkiyet haklarının elde edilmesi ve uygulanması arasında doğal bir ilişki olsa da. Fakat, söz konusu bildirinin zorunlu lisanslar üzerinden pratik uygulamalarına baktığımız zaman, bunların ilk planda ticari çıkarlara karşı bir denge oluşturmak adına yola çıkmalarına rağmen bu çıkarların etkisi altında kaldıklarını gözlemlemekteyiz[19].

---

[18] Sadece on altı üye ve Avrupa Birliği ülkeleri (150 üye içerisinden) söz konusu yasa değişikliğini kabul etmiş durumda. Bunlar: Birleşik Devletler (17 Aralık 2005); İsviçre (13 Eylül 2006); El Salvador (19 Eylül 2006); Güney Kore Cumhuriyeti (24 Ocak 2007); Norveç (23 Mayıs 2008).

[19] Örneğin, DTÖ Kararı'nın Birleşik Devletler tarafından kabul edimesi için bir şart olarak DTÖ Genel Konseyi başkanı tarafından okunan ifadede belirtildiği üzere. Bahsi geçen ifadede ucuz ilaçların yoksul ülkelerden varsıl ülkelere yön değiştirmesi konusunda ihtiyaç duyulan önlemler fazlasıyla abartılmış, kademeli renklendirme ve şekil verme koşulları da haksız bir biçimde etkin maddeleri de kapsayacak şekilde anlatılmıştır. Bakınız http:www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/gc_stat_30aug30_3.htm.

SERBEST TİCARET ANTLAŞMALARI

Doha Bildirisi'nin müzakere edilip kabul gördüğü dönemde, Birleşik Devletler çift taraflı ve bölgesel birçok serbest ticaret antlaşmasının (STA) görüşmelerini yirmiden fazla ülke ile başlattı. Bu STA'lar TRIPS Antlaşması'nın ötesinde bir takım zorunluluklar içeriyordu. Ürdün, Şili, Singapur, Fas, Orta Amerika ülkeleri ve Dominik Cumhuriyeti, Bahreyn, Umman, Peru ve Kolombiya söz konusu antlaşmaların altına imza atan ülkeler arasında girdi. Bu antlaşmaların bir kısmı daha öncesinde Amerikan Kongresi tarafından onaylanmıştı bile[20]. Gelişmekte olan ülkeler ile Avrupa Birliği (AB) ya da Avrupa Serbest Ticaret Birliği (ASTB) arasında devam eden görüşmeler sonucunda da başka STA'lar üzerinde uzlaşıya gidildi ya da gidilmeye çalışılmaktadır.

Bahsi geçen STA'lara dair dikkati çeken ortak motif, özellikle telif hakları ve patentler üzerinden hepsinin FMH'larla ilgili bütün alanlarda koruma seviyelerini arttırıyor olmaları. ABD üzerinden imzalanan STA'larda ortak ülkelere, bitki patentlerini diğerleri arasında da verme ve kabul etme, belli şartlar altında patentin süresini uzatma ve (daha da dar bir zorunluluk olan endüstriyel uygulanabilirlik yerine)[21] "işe yararlık" (utility) ilkesini patentlenebilirlik standardı olarak kabul etme zorunlulukları getirilmektedir. Bu ülkeler aynı zamanda, ilaç ve tarım kimyasalları alanında yapılan deney sonuçları üzerinden de diğer ülkelere özel haklar tanıma mecburiyetine kalmaktadırlar. Bazı vakalarda, söz konusu STA'larda geçen koruma kriterlerinin yaptırım dereceleri, Birleşik Devletler'deki uygulanabilirliklerinin yukarısına çıkmaktadır (Abbott, 2006). Çelişkili bir biçimde STA'ların Birleşik Devletler'e kendi toprakları içerisinde herhangi bir zorunluluk getirmemesiyle birlikte, STA'lara imza atan (çoğu yoksul) ülkelerde Amerikan şirketlerinin daha da kapsamlı FMH koruma uygulamalarından yararlanabileceği bir durum ortaya çıkmaktadır (Abbott, 2006). Bu STA'ların ilaçlara erişim konusunda ciddi çıkarımları olsa dahi, daha önce dile getirdiğimiz nedenlerden ötürü, Ar-Ge yatırımları açısından kayda değer derecede bir etkileri olduğu söylenemez. Yine de, birçok hükümet, Büyük Amerikan pazarına ücretsiz gi-

[20] Birleşik Devletler-Ürdün Serbest Ticaret Antlaşması (2001); 6 Haziran 2003'de Miami'de imzalanan ve 1 Ocak 2004'de yürürlüğe giren Birleşik Devletler-Şili Serbest Ticaret Antlaşması (Şili STA); 6 Mayıs 2003'de Washington'da imzalanan ve 1 Ocak 2004'de yürürlüğe giren Birleşik Devletler-Singapur Serbest Ticaret Antlaşması (Singapur STA); 15 Haziran 2004'de Washington'da imzalanan ve 1 Haziran 2005'de yürürlüğe giren Birleşik Devletler-Fas Serbest Ticaret Antlaşması (Fas STA); 28 Mayıs 2004'de Washington'da imzalanan ve 5 Ağustos 2004'de yürürlüğe giren Birleşik Devletler-Dominik Cumhuriyeti-Orta Amerika Serbest Ticaret Antlaşması (CAFTA_DR FTA STA). CAFTA_DR FTA STA'sına taraf olan ülkeler: Kosta Rika, Dominik Cumhuriyeti, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nikaragua ve Birleşik Devletler.

[21] Bu "işe yararlık" standardıyla birlikte, endüstriyel açıdan uygulanabilirliği olmasa dahi, her faydalı buluş patentlenebilir olarak tanımlanıyor (örneğin iş yöntemleri, araştırma araçları). Buluşların bir endüstride kullanılabilir olması şartını getirmesiyle birlikte, "endüstriyel uygulanabilirlik" standardı da çok daha dar bir tanım içeriyor.

riş hakkı elde etmek, mevcut giriş koşullarını kaybetmemek ve başka ticaret alanlarından gelir etme beklentisiyle, STA'ları imzalamak için arayışlarını sürdürmektedir.

Amerikan STA'ları ortak ülkelere, ilaçların onay alma usülleri ve ruhsat alma sırasında oluşan "nedensiz" aksaklıklar nedeniyle pazarlama konusunda oluşan gecikmeleri bahane göstererek, patentlerin geçerlilik sürelerini uzatmaları konusunda onlara çeşitli zorunluluklar getirmektedir. Antlaşmaların birçoğu patent uzatmalarının, sadece ilaç üzerine araştırma yapılan ülkelerde meydana gelen gecikmeleri telafi etmek adına mı getirildiği, yoksa ilacın ilk onay aldığı ülkedeki gecikmelerin de hesaba katılabileceği meselesinden hiç söz etmemektedir. Bunun yanısıra, şu anki Birleşik Devletler yasalarında bazı üst sınırlar tanımlanmış olsa da STA'lar içerisinde şart koşulan patent uzatma sürelerine herhangi bir azami süre tanımı eklenmemektedir.[22] Birikerek çoğalması beklenen bu uzatma süreleriyle birlikte, patentlerin geçerlilik sürelerinin TRIPS Antlaşması Madde 33'de belirtilen yirmi yıldan çok daha uzun zaman dilimlerine yayılması söz konusudur.

Amerika Birleşik Devletleri STA'ları, TRIPS standartlarından belirgin bir biçimde ayrılarak[23], antlaşma imzalayan taraflara bir ilacın onay alma tarihinden itibaren beş yıl boyunca "veri ayrıcalığı" tanıması şartını koşmaktadır. Söz konusu ürünün patent alıp almamış olması ya da ilgili deney sonuçlarının gizli tutulup tutulmamasından bağımsız olarak bu ayrıcalık tanınmaktadır. Ulusal sağlık otoritelerinin ilgili verilerin ibraz edilmesini talep etme durumları da bu durumla birlikte düşünülmemekte, yani yabancı bir ülkeden onay almış ilaçların sorgulanmasının önü kesilmiş olmaktadır. Ayrıca, Orta Amerika-Dominik Cumhuriyeti-Birleşik Devletler Serbest Ticaret Antlaşması (CAFTA-DR) ve diğer taraftar ülkeler Peru ve Kolombiya da beş yıllık bir bekleme süresini kabul etmiştir. CAFTA'nın 15.10.1(b) nolu maddesi uyarınca, antlaşmayı imzalamış bir ülke başka bir bölgede onay almış bir üründen sorumlu kişiden kendi topraklarında pazarlama onayı alması için beş yıllık bir süre istemektedir. Bahsi geçen hükmü daha dar bir çerçevede yorumlamak gerekirse, deney sonuçlarını ilk eden kişinin bir ilaç için yabancı bir ülkede aldığı onay sonrası STA imzalamış bir ülkede aynı ilaç için yapması gereken onay başvurusunu beş sene erteleme hakkı doğmaktadır.

Özellikle patent koruma uygulamalarının yakın zamanda yürürlüğe girdiği ülkelerde, daha önceden patent yasalarına tabi tutulmayan ilaçların artık bu ya-

[22] Birleşik Devletler'de pazarlanma onayı süresince oluşan gecikmeleri telafi etmek için verilen uzatma süresi beş yılı geçmemelidir ve hiçbir suretle Gıda ve İlaç Dairesi onayı almış bir ürünün ayrıcalıklı olma hali on dört yılı aşmayacaktır (35 U.S.C. & 156). Ayrıca, söz konusu uzatmalar ürün başına bir patent üzerinden geçerlidir.

[23] TRIPS Antlaşması, adil olmayan rekabet durumlarına karşı, üye ülkelere eczacılık (ve tarım kimyası) ürünlerine dair açıklanmamış deney sonuçlarını koruma zorunluluğu getirir (Madde 39.3). Bu ibare doğru olarak yorumlandığı zaman, üye ülkelerin deney sonuçları üzerinde gizlilik hakları talep etme zorunluluğu olmadığı görülecektir.

saların himayesi altına girmesiyle birlikte bilgi tekelciliği ve gizlilik haklarının ciddi sonuçları olacaktır. Bu hükümler jenerik ilaç rekabetinin önüne etkili bir bariyer inşa etmekle beraber, bir ürün zaten patentsiz olduğundan, gerekli deney sonuçları tam takım olarak otoritelere sunulmadığı takdirde, jenerik ilaç imalatçılarının pazarlama ve satış izni almaları neredeyse imkansızlaşacaktır. Helsinki Deklarasyonu, getirdiği iyileştirmeler ve etik kurallar göz önünde bulundurulduğunda, bu durum gereğinden fazla masraflı, zaman tüketen ve sorgulanabilir bir hal almıştır (World Medical Association, 2004). Kırk üç ilaç ürünü üzerinden Peru'da yapılan bir çalışmaya göre, bu ürünler şayet bilgi tekelciliği uygulamalarına tabi tutulsaydı, ortalama fiyatları olduğundan yüzde 94,3 ile 114,4 daha yüksek olacaktı (Apoyo Consultoria, 2005).

TRIPS Antlaşması'nda olmadığı halde Amerika Birleşik Devletleri STA'ları, ilaç ruhsatlandırmaları ile patent koruma uygulamaları arasında bir bağlantı olmasını gerekli görmektedir. Daha geniş bir çerçevede değerlendirilecek olursa, bu da demek oluyor ki, patent sahibinin izni olmadığı takdirde bir ulusal sağlık otoritesinin bir ürünün jenerik versiyonunun pazarlama izin talebini reddetmesi söz konusu. Bu da yetmiyormuş gibi, aynı otorite patent sahibi kişi ya da kişileri ürünün jenerik versiyonu için başvuruda bulunanlar hakkında bilgilendirmek durumunda. Fakat, Birleşik Devletler'de olduğu gibi, taraflar bu "bağlantı" hükmünü, aktif bileşen (formülasyonlar, polimorflar, izomerler, dozlar vs. hariç) patentleri alanına sınırlayarak, patent sahiplerinin üzerine üçüncü tarafların onay başvurularını iptal ettirmek için mahkemeye başvuruda bulunma yükümlülüğünü getirmektedir.

Doha Bildirisi'nde de doğrulandığı üzere, bazı ABD STA'ları, zorunlu lisans verme koşullarında belirleyici bir rol oynayarak, DTÖ üye ülkelerinin özgürlüklerini kısıtlamaktadır. Bu nedenle, Ürdün, Avustralya ve Singapur ile imzalanan STA'lara rekabet-dışı pratikler, kamusal ticari olmayan kullanımlar, ulusal çapta acil durumlar ve diğer aşırı acil durumlar üzerinden bir takım istisnai sınırlamalar getirilmiştir. Bu sınırlamalar, açıkça Doha Bildirisi ile çelişki gösterse dahi, gelişmekte olan ülkeler ile bildirinin kabulunun ardından imzalanan diğer ABD STA'larında görülmemektedir. Avustralya, Singapur ve Fas ile imzalanan ABD STA'larında ise ilaç ve diğer ürünlerin paralel ithalatına, yani yurtdışında meşru bir biçimde piyasaya sürülmüş bir ürünü patent sahibinin izni olmadan ithal edebilmeye sınırlamalar getirilmektedir. Son olarak da Fas ile imzalanan antlaşmada olduğu gibi bazı ABD STA'ları, "ikinci gösterge"ler – bilinen bir tıbbi ürünün yeni tedavi edici özellikleri – üzerinden patentleri tanımayı zorunlu kılmaktadır. Bu durum patentlenebilirlik alanının kapsamını genişletirken, TRIPS Antlaşması ile tanınmış, tedavi edici yöntemlerin patent zorunluluğunun dışında bırakılması hakkını görmezden gelmektedir.

Avrupa Birliği şimdiye kadar diğer ortaklarıyla imzaladığı ticaret antlaşmalarına (örneğin Budapeşte Antlaşması ve Uluslararası Yeni Bitki Çeşitlerinin Korunması Birliği'nin (International Union for the Protection of New Varieties of Plants – UPOV) kurulmasına yönelik uluslararası sözleşme), genel olarak fikri mülkiyet antlaşmalarına bağlı kalma zorunluluğunu dahil etmiştir. Güney Afrika Cumhuriyeti (1999), Tunus (1998) ve Filistin Yetkilileriyle (1997) varılan ikili mutabakatlar sonucunda, bu ülkelerin "en yüksek uluslararası standartlara uyumlu bir biçimde" fikri mülkiyet haklarını yerine getirme ve koruma yükümlülükleri zorunlu kılınmıştır (Drahos, 2002, sayfa 14-18). Hali hazırda Avrupa Birliği, Afrika, Karayipler ve Pasifik'in altı bölgesinde de müzakerelerini sürdürmektedir. Bu görüşmelerde fikri mülkiyet üzerine daha detaylı inceleme ve akıl yürütmeler yapılırken, TRIPS'in ötesinde sürekli ve mecbur bırakıcı hükümler masaya yatırılmaktadır. Fakat, ABD STA'ların aksine, tartışılan taslaklarda ilaçların patent mekanizmaları üzerinden yüksek düzeyde korunmasına dair ibareler bulunmamaktadır.

Özetlemek gerekirse, ABD STA'ları tıp ve eczacılık ürünleri konusunda FMH'ların koruma düzeylerini bir hayli yükseltmiştir ve sonuç olarak taraf ülkelerin büyük ilaç şirketlerine her seferinde büyük meblağlar ödemesi söz konusudur. Taraf ülkelerin pazar payları göreceli olarak küçük boyutta olduğundan ve buralardan gelecek ek kazançların büyük ilaç firmalarının küresel Ar-Ge bütçelerinde pek bir fark yaratmayacağından dolayı, bu durumun Ar-Ge çalışmalarına ek destek olması gibi bir argüman üzerinden meşrulaştırılması mümkün olamaz[24]. Bununla birlikte, ilaçların maliyetlerinde oluşan artışın yoksul ülke nüfuslarının orantısız biçimde büyük bir kesimine ciddi etkileri olabilir. Kolombiya ve Peru gibi, sonuçlarını etkilemek konusunda yeterli gücü barındırmasalar da aktif bir biçimde STA müzakerelerine katılan bazı ülkelerin sağlık bakanlıkları, fiyatları yükselen tıbbi ve eczacılık malzemelerinin mali yükünü karşılayabilmek adına hükümetlerinden durumu telafi edici ödenekler talep etmişlerdir. En azından Peru vakasına baktığımız zaman, bu tarz önlemlerin hiçbir zaman alınmadığını görmekteyiz.

VARILAN SONUÇLAR

Fikri mülkiyet sisteminin uluslararası alanda yaygınlaşması aşamalı ama istikrarlı bir sürecin ürünüdür. Küresel Ar-Ge çalışmaları, üretim ve ticaret, oldukça geniş bir uluslararası antlaşmalar ağı tarafından bugün desteklenir durumdadır. İlaç sektörü söz konusu olduğunda, Patent İşbirliği Antlaşması (Patent Co-

[24] Mayıs 2007 tarihinde Amerikan Kongresi'nin iki partinin de onayıyla verdiği karar, halk sağlığı üzerinde yaratacağı olumsuz etkileri azaltmak amacıyla, Birleşik Devletler ile Peru ve Panama arasında imzalanan serbest ticaret antlaşmasının bazı maddelerinde değişikler öngörüyordu.

operation Treaty – PCT) ve TRIPs antlaşması başta olmak üzere bazı antlaşmalar büyük şirketlere yeni buluşlarını dünya çapında pratik olarak sömürebilmek adına prosedürel araçlar ve sağlam haklar kazandırmaktadır.

Uluslararası antlaşmalar, ondokuzuncu yüzyılın sonuna doğru devreye girmekle beraber, geride bıraktığımız yüzyılın büyük bir bölümünde ülkelere sağlık ile ilgili meselelerinde kendi egemenlikleri dâhilinde hareket alanı bırakmaktaydı. Özellikle patent alanına getirdiği minimum standartlar ile birlikte, TRIPS Antlaşması bu tablonun çehresini çarpıcı bir biçimde değiştirmiş oldu.

İlaç Ar-Ge yatırımları konusunda patentlerin önemli bir teşvik edici yanı olmuştur. Fakat, yeni geliştirilen bilimsel ve teknolojik araçlara rağmen, ilaç geliştirme endüstrideki yeni buluşlarda büyük bir düşüş gözlenmektedir. Ayrıca, patentler sadece kâr getiren pazarın olduğu yerde harekete geçirici etken olarak işlevlerini sürdürmektedir. Ancak "açık erişim" modeli gibi mekanizmalar tesis edilip, bu tarz girişimlerin desteklenmesiyle gelişmekte olan ülkeleri orantısız bir biçimde etkileyen hastalıklara yönelik Ar-Ge çalışmaları teşvik edilebilir.

Benzer şekilde, fikri mülkiyet haklarının yoksulların ilaçlara erişimini engellemesinin önünü kesmek adına yeni siyasal müdahelelere ihtiyaç duyulmaktadır. Zorunlu lisans uygulamaları örnek bir önlem olarak düşünülebilir. Başta HIV/AIDS ilaçlarına erişimi kolaylaştırmak üzere, sayısı gittikçe artan bir gelişmekte olan ülkeler grubu zorunlu lisans uygulamalarını başlatmış durumdadır. Ama zorunlu lisans sistemi bir tek ilaç ya da hastalık kategorisiyle sınırlandırılmış değildir.

Yakın gelecekte, hükümetler patentli ilaçlara erişimi sağlamak konusunda hayli çetin zorluklar ile yüzleşmek durumunda kalabilirler. DTÖ üyesi devletlerin, ürünlerin patent koruma maddelerine bağlı kalmak zorunda bırakılması ve DTÖ Kararı'nca oluşturulan mekanizmanın kapasitesinin, olası ihracatçı ülkelerdeki patent koruma kanunları yüzünden ucuz ürünlerin arz edilmesine imkan sağlayacak koşullar tarafından gereğinden fazla zorlanması, bu durumun nedenleri olarak sayılabilir.

Son olarak, Doha Bildirisi'nin oluşturduğu ahlaki ve siyasal yüke rağmen, Birleşik Devletler ve diğer gelişmiş ülkeler, ilaç şirketlerinin ve diğer patent sahiplerinin çıkarlarını gözetir bir biçimde FMH'ların daha da yaygın hale getirilmesinin peşindedir. Daha da pekiştirilmiş patent koruma standartlarıyla birlikte söz konusu antlaşmalara taraf gelişmekte olan ülkelere orantısız maliyetler yaratılmaktadır.

Özetle, FMH sistemi daha etkili ve verimli tedavi yöntemleri için yapılan araştırmaları teşvik etmektedir. Ancak, bu sistemin genel eğilimi ticari değeri yüksek hastalıklara yöneliktir. Bazı gelişmekte olan ülkeler FMH'ların yol açtığı zararları yeni uygulamaya başladıkları politikalarla düşük seviyeye indirmeye

çalışsalar da yeni akım serbest ticaret antlaşmaları ile birlikte kapasiteleri gün be gün aşındırılmaktadır. En önemlisi, artık bu ülkeler, kendi insanlarında yaygın görülen hastalıklarla mücadele etmek ve yeni buluşları teşvik etmek adına, FMH sisteminin dışına doğru bakmak zorundadırlar.

KAYNAKLAR

Abbott, F. M. (2006). *Intellectual property provisions of bilateral and regional trade agreements in light of U. S. federal law.* UNCTAD-ICTSD Project on IPRs and Sustainable Development Issue Paper No. 12. Geneva: International Centre for Trade and Sustainable Development (ICTSD)/United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD). Retrieved from: http://www.unctad.org/en/docs/iteipc20064_en.pdf.

Abbott, F. M., & Reichman, J. H. (2007). *Access to essential medicines: Lessons learned since the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health, and policy options for the European Union.* Brussels: European Parliament. Retrieved from: http://www.law.fsu.edu/faculty/profiles/abbott/study_TRIPS.pdf.

Angell, M. (2004). *The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it.* New York: Random House.

Apoyo Consultoria. (2005). *Impacto de las negaciacinos del TLC con EE. UU en materia de propiedad intelectual en los mercados de medicamentos y plaguicidas.* Lima: Apoya Consultrìa. Retrieved from: http://www.cepes.org.pe/apc-aa/archivos-aa/a6febae6efa968397aff3016c880508e/APOYO_TLC_medicamentos_y_agroexportacion.pdf; http://cies.org.pe/files/tlc/apoyo.pdf.

Barder, O., Kremer, M., & Levine, R. (2005). *Making markets for vaccines: Ideas to action.* Washington, DC: Center for Global Development. Retrieved from: http://www.cgdev.org/doc/books/vaccine/MakingMarkets-complete.pdf.

Burke, M. A., & de Francisco, A., eds. (2004). *Monitoring financial flows for health research 2004.* Geneva: Global Forum for Health Researec. Retrieved from: http://www.globalforumhealth.org/Site/002__What%20we%20do/005__Publications/004__Resource%20flows.php.

Center for Drug Evalution and Research. (2005). *CDER ND as approved in calendar years 1990-2004 by therapeutic potential and chemical typ.* U. S. Food and Drug Administration [online]. Retrieved from: http://www.fda.gov/cder/rdmt/pstable.htm..

Charles River Associates. (2004). *Innovation in the pharmaceutical sector: Study undertaken for the European Commission.* ENTR/03/28. Brussels. Retrieved from: http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/docs/doc2004/nov/eu_pharma_innovation_25-11-04.pdf.

Chaudhuri, S. (2005). *The WTO and India's pharmaceutical industry: Patent protection, TRIPS, and developing countries.* New Delhi: Oxford University Press.

Commission of the European Communities. (2004). *COM (2004) 737 final. Proposal for a regulation of the European Parliament and of the council on compulsory licensing of patents relating to the manufacture of pharmaceutical products for export to countries with public health problems.* Brussels. Retrieved from: http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=2&procnum=COD/2004/0258.

Commission on Intellectual Property Rights (CIPR). (2002). *Integrating intellectual property and development policy-report of the Commission on Intellectual Property Rights.*

London: Commission on Intellectual Property Rights. Retrieved from: http://www.iprcommission.org/papers/pdfs/final_report/CIPRfullfinal.pdf.

Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. (2006). *Public health innovation and intellectual property rights.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/entity/intellectualproperty/documants/thereport/CIPIHReport2302006.pdf.

Coriat, B. (2002, September). *The new global intellectual property rights regime and its imperial dimension: Implications for "North/South" relations.* Paper prepared for the 50th BNDS Anniversary Seminar, Rio de Janeiro, Brazil.

Correa, C. (1999). *Intellectual property and the use of compulsory licenses: Options for developing countries.* Trade-Related Agenda, Development and Equity (T.R.A.D.E.) Working Paper no. 5. Geneva: South Centre. Retrieved from: http://www.southcentre.org/publications/workingpapers/wp05.pdf.

———. (2004). *Implementation of the WHO General Council Decision on paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health.* Geneva: World health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/medicines/areas/policy/WTO_DOHA_DecisionPara6final.pdf.

———. (2006). *Guidelines for the examination of pharmaceutical patents: Developing a public health perspectieve-a working paper.* Geneva: ICTSD/UNCTAD/WHO. Retrieved from: http://iprsonline.org/unctadictsd/docs/Correa_Pharmaceutical-Patants-Guidelines.pdf.

Correa, C., & Musungu, S. (2002). *The WIPO patent agenda: The risks for developing countries.* Working Paper No.12. Geneva: South Centre: Retrieved from: http://www.southcentre.org/publications/workingpapers/wp12.pdf.

———. (2004). *Implementation of the WHO GEneral Council Decision on paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/medicines/areas/policy/WTO_DOHA_DecisionPara6final.pdf.

———. (2006). *Guidelines for the examination of pharmaceutical patents: Developing a public health prespective-a working paper.* Geneva: ICTSD/UNCTAD/WHO. Retrieved from: http://www.iprsonline.org/unctadictsd/docs/Correa_Pharmaceutical-Patents-Guidelines.pdf.

Correa, C., & Musungu, S. (2002). *The WIPO patent agenda: The risks for developing countries.* Working Poper No. 12. Geneva South Centre. Retrieved from: http://www.southcentre.org/publications/workingpapers/wp12.pdf.

Cullet, P. (2003). Patients and medicines: The relationship between TRIPS and the human right to health. *International Affairs,* 79, 139-60.

Drahos, P. (2002). *Developing countries and international intellectual property standars-setting.* Study Paper 8. London: Commission on Intellectual Property Rights. Retrieved from: http://www.iprcommission.org/papers/pdfs/study_papers/sp8_drahos_study.pdf.

Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi) & Sanofi-Aventis. (2008). *ASOQ: Hope for malaria. DNDi and Sanofi-aventis: An innovative partnership.* http://www.actwithasag.org/en/asag3.htm. Retrieved from. http://www.actwithasaq.org/en/asag3.htm.

Economist. (2007). Billion dollar pills. *Economist,* January 27, 69-71.

Federal Trade Commission (FTC). (2002). *Generic drug entry prior to patent expiration: An FTC study.* Washington, DC: Fidiral Trade Commission. Retrived from:

http://www.ftc.gov/os/2002/07/genericdrugstudy.pdf.

———. (2003). *FTC charges Bristol-Myers Squibb with pattern of abusing government processes to stifle generic drug competition.* Washington, DC: Federal Trade Commission. Retrieved from: http://www.ftc.gov/opa/2003/03/bms.htm.

Howse, Robert, ed. (2007). *Trade related aspects of intellectual property rights: A commentray on the TRIPS Agreement.* Oxford: Oxford University Press.

Hunt, P. (2006). *The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and menlat health.* A/61/338. New York: United Nations General Assembly. Retrieved from: http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/519/97/PDF/N0651997.pdf?OpenElement.

ICTSD reporting. (2008). WHO adopts strategy on public health, innovation and intellectual property. *Bridges Weekly Trade News Digest,* 12. Retrieved from: http://www.ictsd.org/weekly/08-05-28/story6.htm.

Intergovernmental Working Group on Public Health, Innovation and Intellectual Property. (2007). *Draft global strategy and plan o action on public health, innovation and intellectual property. Glossary of terms. Report by the Secretariat.* A/PHI/IGWG/2/INF.DOC./6. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/gb/phi/pdf/igwg2/PHI_IGWG2_ID6-en.pdf.

Kepler, T. B., Marti-Renom, M. A., Maurer, S. M., Rai, A. K., Taylor, G., & Todd, M. H. (2006). Open source research-the power of us. *Australian Journal of Chemistry,* 59, 291-94.

Khor, M. (2007). *Patents, compulsory licences and access to medicines: Some recent experiences.* Penang, Malaysia: Third World Network (TWN). Retrieved from: http://www.twnside.org.sg/title2/IPR/ipr10.pdf..

Lewis, T. R., Reichman, J. H., & So, A. D. (2006). *Treating clinical trials as a public good: The most logical reform.* Law and Economics Workshop (University of California, Berkeley) Paper No. 11. Berkeley: University of California. Retrieved from: http://repositories.cdlib.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1147&context=berkeley_law_econ.

Ling, C. Y. (2006). *Malaysia's experience in increasing access to antiretroviral drugs: Exercising the "governmet use" option.* Penang, Malaysia: Third World Network. Retrieved from: http://www.twnside.org.sg/title2/IPR/IPRS09.pdf.

Maurer, S., Rai, A., & Sali, A. (2004). Finding cures for tropical diseases: Is open source an answer? *Public Library of Science Medicine,* 1, 183-86.

McCalman, P. (1999). *Reaping what you sow: An empirical analysis of international patent harmonization.* Combridge, MA: Center for Business and Government, John F. Kenndy School of Government, Harvard University. Retrieved from: http://www.innovations.harvard.edu/showdoc.html?id=5075.

Ministry of Public Health & National Health Security Office. (2007). *Facts and evidences on the 10 burning issues related to the government use of patetns on three patented essential drugs in Thailand: Document to support strengthening of social wisdom on the issue of drug patent.* Bangkok: The Misitry of Public Health and The National Health Security Office. Retrieved from: http://www.noph.go.th/hot/White%20Paper%20CL-EN.pdf.

Nagle, M. (2007). Roche revamps R&D for speed. Retrieved from: in-Pharma Technologist.com.

Oh, C. (2006). Compulsory licenses: Recent experiences in developing countries. *International Journal of Intellectual Property Management,* 1, 22-36.

Outterson, K. (2005). Pharmaceutical arbitrage: Blancing access and innovation in international prescription drug markets. *Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics,* 5, 193-291.

Pharmaceutical Research and Manufactirers of America. (2005). *Pharmaceutical industry profile 2005. From laboratory to patient: Pathways to biopharmaceutical innovation.* Washington, DC: Pharmaceutical Research and Manufacturers of America. Retrieved from: http://international.phrma.org/publications/publications/17.03.2005.1142.cfm.

Reichman, J. H., & Hasenzahl, C. (2003). *Non-voluntary licensing of patented inventions: Historical perspective, legal framework under TRIPS and an overview of the practice in Canada and the United States of America.* UNCTAD-ICTSD Project on IPRs and Sustainable Development (ICTSD)/United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD). Retrieved from: http://www.ictsd.org/pubs/ictsd_series/iprs/CS_reichman_hasenzahl.pdf.

Reinharz, H. Y., & Chastonay, P. (2004). *Santé et droits de l'homme* (vol. 1). Geneva: Editions Medecine & Hygiene en collaboration avec la societe academique de Gneve, Collection Medecine Societe (CMS).

Roffe, P., & Tesfachew, T. (2001). *International technology transfer: The origins and aftermaths of the United Nations negatiations on a draft code of conduct.* The Hague: Kluwer Law International.

Scherer, F. M. (2003). Comments. In R. Anderson & N. Gallini (eds.), *Competition policy and intellectual property rights in the knowledge-based economy.* Calgary: University of Calgary Press.

———. (2004). A note on global welfare in pharmaceutical patenting. *The World Economy,* 27, 1127-42.

Sell, S. K. (2003). *Private power, public law: The uglobalization of intellectual property rights.* Cambridge: Cambridge University Press.

Spector, R. (2005). Me-too drugs. Sometimes they're just the same old, same old. *Stanford Medicine Magazine,* Summer.

Stiglitz, J. (1999). Knowledge as a global public good. In I. Kaul, I. Grunberg, & M. Stern (eds.), *Global public goods: International cooperation in the 21st century* (pp. 308-25). New York: Oxford University Press.

———. (2007). *Times online MBA podcast in association with IBM: Week 1-making globalisation work.* London: News International Limited. Retrieved from: http://ecours.univ-reunion.fr/ecours/IMG/pdf/mba_stiglitz-4.pdf.

Tandon, P. (1982). Optimal patents with compulsory licensing. *The Journal of Palitical Economy,* 90, 470-86.

United Nations Conference on Trade and Development Secretariat. (1998). *Empirical evidence of the benefits from applying competition law and policy principles to economic development in order to attain greater efficiency in international trade and development.* TD/B/COM.2/EM/10. Geneva. UNCTAD. Retrieved from:http://www.unctad.org/en/docs/c2emd10r1.en.pdf.

United Nations High Commissioner for Human Rights. (2001). *Economic, social and cultural rights: The impact of the Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights on human rights.* No. E/CN.4/Sub.2/2001/13. Geneva: United Nations Commission on Human Rights. Retrieved from: http://www.unhchr.ch/Huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.Sub.2.2001.13.En?Opendocument.

Vaidhyanathan, S. (2001). *Copyrights and copywrongs: The rise of intellectual property and how it threatens creativity*. New York: New York University Press.

World Bank. (2000). *World development indicators 2000*. Washington, DC: Author. Retrieved from: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2000/05/25/000094946_00050605490166/Rendered/PDF/multi0page.pdf.

———. (2007). World development indicators [online] 2006. World Bank [online]. Retrieved from: http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/index2.htm

World Intellectual Property Organization. (2008). *The 45 agreed recommendations under the WIPO development agenda*. Geneva: World Intellectual Property Organization. Retrieved from: http://www.wipo.int/ip-development/en/agenda/cdip_recommendations.html.

World Intellectual Property Organization Secretariat. (2004). *Proposal by Argentina and Brazil for the establishment of a development agenda for WIPO*. WO/GA/31/11. In WIPO General Assembly, Thirty-First Session, Geneva. Geneva: WIPO. Retrieved from. http://wipo.int/documents/en/document/govbady/wo_gb_ga/pdf/wo_ga_31_11.pdf.

World Medical Association: (2004). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjests*. World Medical Association (WMA). Retrieved from. http://www.wma.net/e/policy/pdf/17c.pdf.

World Trade Organization. (1994). *Agreement on trade related aspects of intellectual property rights 1986-1994 Uruguay round*. Geneva: World Trade Organization. Retrieved from: http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/legal_e.htm#TRIPs; http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/27-trips.pdf.

———. (2001). *Declaration on the TRIPS Agreement and public health*. WT/MIN(01)/DEC/W/2 from the WTO Ministerial Conference, 4th Session, Doha, 9-14 November 2001. New York: World Trade Organization. Retrieved from: http://www.who.int/medicines/areas/policy/tripshealth.pdf.

Yamin, A. A. (2003). Not just a tragedy: Access to medications as a right under international law. *Boston University Imternational Law Journal*, 21, 325-71.

12. Bölüm

KÜRESEL SAĞLIK YÖNETİŞİMİ

Kelley Lee, Meri Koivusalo, Eeva Ollila, Ronald Labonté, Claudio Schuftan ve David Woodward

GİRİŞ

Son yıllarda küreselleşmedeki hızlanma, ortaya çıkan güçlüklerle etkin şekilde başa çıkmak üzere uygun yönetişim (governance) şekilleri geliştirmek için geniş çaplı çabalara yol açmıştır. Yeni gelişen yönetişim şekillerinin istenen özelliklerinin yanı sıra, mevcut kurumların kusurları hakkında yoğun tartışmalar birbirini takip etmiştir. Sağlık için küresel yönetişim, sağlık hedefleri üzerine devletler ve devlet dışı aktörlerin birlikte anlaşmaya vardığı ve izlediği kurumsal düzenlemeler ve ilişkiler ile ilgilidir. İnsan sağlığına verilen evrensel değer kurumsal yenilenmeye önemli katkılarda bulunmuştur, ancak aynı zamanda toplu sağlık hedeflerinin nasıl tanımlandığı ve bu hedeflere ulaşmak için neler yapıldığı hakkında eleştirel bir düşünmeye de zemin hazırlamıştır.

Bu bölüm, sağlığın sosyal belirleyicilerine (SSB) özellikle atıfta bulunarak, küresel yönetişimin etkileri üzerine mevcut kanıtları ele almaktadır. İlk olarak, rolleri, güçleri ve yetkileri açısından kurumsal aktörleri tanımlamaktadır. Bunun için sağlık temelli ve sağlık temelli olmayan kurumların değişen yapısını anlamak gerekir. İkinci olarak, küresel yönetişimin ortaya çıkan şekillerinin, çeşitli kurumlarının ve bunların aralarında güç ve yetki dağıtımı ve kullanımının SSB'yi nasıl etki altına alıp, ona nasıl tesir edebileceğini göz önünde bulundurmaktadır. Üçüncü olarak, sağlık için küresel yönetişimin yeni ortaya çıkan biçimlerinin, işbirliği ve uyumluluk, şeffaflık ve sorumlu tutulabilme, katılım ve temsil, kaynak seferberliği ve tahsisi ve liderlik gibi "iyi yönetişim" kriterlerine göre değerlendirmesi yapılmaktadır (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2007). SSB'yi ele almak için küresel yönetişim kurumları içinde zayıf performansı tartışmak tartışmasız bir önkoşuldur.

Böylelikle bu bölüm, küresel yönetişimin SSB'yi ele alırken nasıl bir dönüştürücü rol oynayabileceğini tartışarak sona ermekte ve küresel sağlık yönetişiminin nasıl daha fazla eşitlik yönelimli ve sağlık yanlısı olabileceği konusunda tavsiyelerde bulunmaktadır.

SAĞLIK İÇİN KÜRESEL YÖNETİŞİM NEDİR?

Yönetişim, ortak hedeflere ulaşma yolunda ortak eylem geliştirmek ve çözüm getirmek için bir toplum tarafından benimsenen uzlaşılmış eylemler ve araçlar ile ilgilenmektedir (Dodgson, Lee, ve Drager, 2002). Yönetişim, insanlar kendilerini kurallar ve prosedürler aracılığı ile ortak bir sonuç için örgütlediklerinde her zaman gerçekleşir. Bu, toplumsal örgütlenmenin farklı düzeylerinde gerçekleşebilir: topluluk, devlet/il, ulusal, bölgesel ve küresel. Yerel bir topluluk trafik hızını yavaşlatmak ve yol güvenliğini arttırmak için bir kampanya başlatmaya karar verirse; bu, ortak çabaları örgütlemek için bir tür yönetişim şekli gerektirir. Tüberküloz kontrolünü güçlendirmek için küresel bir kampanya başlatılırsa, örneğin strateji, kaynak seferberliği ve üzerinde anlaşmaya varılan eylemlerin uygulanması gibi kararlar almak için, üzerinde anlaşmaya varılan bir yönetim şekli gereklidir. Eylemleri resmi yetki ile desteklenen hükümet etmenin (government) aksine, "yönetişim, karşı çıkmak yerine itaati sağlamak için polis güçlerine dayanması gerekmeyen, yasal ve resmi olarak belirtilen sorumluluklardan doğabilen veya doğmayabilen ortak hedefler ile desteklenen faaliyetlerden bahsetmektedir" (Rosenau, 1995, s. 15).

> Yönetişim kavramı 1945'ten bu yana dünya ekonomisinin artan bütünleşmesi ve devlet dışı aktörlerin çoğalması ile geçerlilik kazanmıştır ve "modern toplumların nasıl yönetildiği ve nasıl yönetilmeleri gerektiği" ile ilgili önemli sorular ortaya koymanın yanı sıra, "ekonomik ve sosyal hayatın düzenlenmesi sistematik olarak bölgesel yönetimlere geçtiğinde" modern hükümetlerin etkinliklerini sorgulamaktadır (McGrew, 2000, s. 130).

Küresel bir hükümet oluşturmaktan, yönetişimin minimalist "laissez-faire" (bırakınız yapsınlar) biçimine kadar değişen çeşitli bakış açıları ileri sürülmüştür (McGrew ve Held, 2002).

Küresel Yönetişim, "bireylerin, kurumların, kamunun ve özelin ortak işlerini hükümetlerarası ilişkiler, hükümet dışı kuruluşlar (HDKlar), yurttaş hareketleri, çok uluslu şirketler ve küresel kapitalist pazar [aracılığıyla] yönettikleri yolların toplamıdır" (Commission on Global Governance, 1995). Bu nedenle, sağlık için küresel yönetişim (a) özel olarak sağlığın belirleyicileri ve sonuçlarını ele almak için oluşturulan küresel yönetişim kurumları ve uygulamaları ve (b) sağlığın belirleyicileri üzerinde önemli etkisi olan küresel yönetişim kurumları ve uygulamaları ile ilgilenir.

Küresel yönetişim belli konularda (örn. ticaret) ortaya çıkmışken, diğerlerinde (örn. sağlık) zayıftır veya hiç yoktur (Ware, 2006). Küresel yönetişimin doğa-

sı, hedefleri ve etkileri tartışmaya son derece açıktır (Kickbusch, 2003; Barnett, 2005). Bazıları, çağdaş gelişmeleri daha çoğulcu ve demokratik yönetişim şekillerine doğru gelişme olarak algılarken, diğerlerinin gücün yoğunlaştırılması ve kötüye kullanılması, bunun yoksullar ve kadınlar gibi belli sosyal gruplar için yarattığı dezavantajlar hakkında ciddi endişeleri vardır (Held, 1995; Falk, 1999).

Küresel yönetişim hakkındaki tartışmaların bütünleyici bir parçası, mevcut yönetişim şekillerinin küreselleşmeyi etkin şekilde yönetme kapasitesine sahip olmadığı şeklindeki yaygın kabuldür. Küreselleşmenin Sosyal Boyutları Dünya Komisyonu'nun belirttiği gibi:

> Küresel pazarlar, onların eşitlikçi işleyişleri için gerekli ekonomik ve sosyal kurumlar paralel şekilde gelişmeden, hızla büyümüştür. Aynı zamanda, ticaret ve finansın önemli küresel kurallarının adaletsizliği ve bunların zengin ve yoksul ülkelerdeki asimetrik etkileri hakkında endişeler vardır (International Labour Organization, 2004, s. xi)

Geliştirilmiş yönetişim için (her seviyede) kriterler, belli kurumların, özellikle devletinkilerin yönetimsel, teknik ve ekonomik yeterlikleri üzerine nispeten dar bir odaklanmadan (World Bank, 1994), hem devlet hem de devlet dışı kurumları kapsayan politik sistemlerin bir bütün olarak ne kadar iyi olduğunun daha geniş değerlendirmelerine kadar değişmektedir (Grindle, 2004). Örneğin Dünya Bankası, devletin ekonomik büyüme ve gelişmeyi kolaylaştırıcı reformunun, devlet yolsuzluğunun azaltılması ve kamu yönetiminin güçlendirilmesi üzerinde bir odaklanmaya yol açtığını vurgulamıştır (Huther ve Shah, 1998; Ng ve Yeats, 1999; Wei, 2000; Wolfowitz, 2006). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Program – UNDP), bunun aksine, devlet, piyasa ve sivil toplum etkileşimini tamamlayıcı olarak iyi yönetişimi değerlendirmekte daha geniş kriterler benimsemiştir (United Nations Development Program, 1997).

İyi yönetişim kavramları durağan veya uygulamada sınırlı kalmamıştır. Çok çeşitli organizasyon türlerinin işlev ve süreçlerine uygulanabilir olmanın yanı sıra, tüm ülkeleri, seviyeleri ve çeşitli devlet ve devlet dışı kurumları kapsamak üzere gelişmişlerdir. Başlangıçta iyi yönetişim üzerindeki vurgu düşük ve orta gelirli ülkeler (DOGÜ) için düşünülmüşse de şimdi tüm ülkeler, iyi yönetişim kriterlerini genişletmeye zorlanmaktadırlar. Dahası, bu tür istekler belli kurumlarla sınırlı olmayıp, özel şirketler ve sivil toplum kuruluşlarına (STKlar) da yayılmaktadır. Aynı zamanda, iyi yönetişimin değerlendirilmesi için uygun kriterlerin idari, teknik ve ekonomik yeterliğin ötesinde yasal sistemlerin, demokratik kurumların ve süreçlerin çalışması ve sivil toplumun gelişmesine kadar gitmesi gerektiği genel olarak kabul edilmektedir (Leftwich, 1994; AusAID, 2000; Dob-

riansky, 2003). Bu iyi yönetişim düşünceleri, küresel yönetişim, sağlık ve SSB arasındaki bağlantıların değerlendirilmesinde özellikle önemlidir.

SAĞLIK İÇİN OLUŞAN KÜRESEL YÖNETİŞİMİN MİMARİSİ

Küreselleşme, yönetişimi dört temel yönden etkilemektedir. İlk olarak, değişik yönetişim seviyeleri arasında güç ve yetki dağılımını değiştirmektedir. Küreselleşme ulusal kurumların etkin şekilde yönetme kapasiteleri için zorluklar yaratır (bakınız Bölüm 5). Resmi yetki büyük ölçüde egemen devlette kalabilirken; ulusal, bölgesel ve küresel seviyelerde belli kurumların güç ve yetkisi artmıştır.

İkinci olarak, küreselleşme, değişik politika çevrelerinde nedensel bağlantıları arttırmakta ve yerel/ulusal seviyelerde uzun süredir bilinen bağlantıları küresel seviyeye genişletmektedir. Örneğin sağlık politikası; ticaret, çevre, göç, güvenlik ve tarımla ilgili politika kararlarından gittikçe artan şekilde etkilenmektedir. Bu da çok sektörlü ve çok seviyeli eylemleri kolaylaştıran yönetişim biçimleri gerektirmektedir. Sağlıkta uluslar-ötesi erişim sorunlarını ele almak için kurumsal sınırları aşan yaklaşımlar geliştirmek gerekmekte veya örneğin, Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH'ler) gibi ifade edilen sektörler arası hedeflere erişmek için çaba gösterilmektedir (Martin, 2006).

Üçüncü olarak küreselleşme devlete, piyasaya veya sivil topluma ait olan kurumların sayısını ve aralarındaki güç ve yetki dağılımını değiştirmektedir. Piyasa temelli kurumlardaki büyüme ve gelişmekte olan küresel politik ekonomi içindeki nispi güçleri özellikle anılmalıdır. Ticari sektör, yerel çiftlikler ve üreticiler gibi küçük ölçekli işlerden ulus-ötesi şirketler (UÖŞ'ler) gibi büyük ölçekli küresel şirketlere kadar çeşitli çıkarları ve kurumları içermektedir. Ekonomik küreselleşme mülkiyet üzerine artan yoğunlaşma ve yiyecek ve içecek, ilaç, elektronik, otomotiv, enerji ve iletişim gibi pek çok sektör içindeki küresel genişleme ile nitelenmektedir (Braithwaithe & Drahos, 2004). Bu da şirketlere değerli kaynaklar ve işlemler aracılığı ile sadece dünya ekonomisinin işleyişini değil, küresel yönetim kurumları aracılığı ile nasıl düzenlendiğini etkileme gücü vermiştir. Bazı durumlarda UÖŞ'ler küresel yönetişimde kurumsal düzenlemeler aracılığıyla, bilhassa küresel kamu-özel ortaklıkları ile (KKÖO'lar) doğrudan katılımcı haline gelmiştir. UÖŞ etkisi lobi faaliyetleri ve savunma, araştırma ve politika sponsorlukları ve fikir geliştiren kurumlara (örn. komisyonlara) üyelik aracılığıyla da geliştirilmiştir.

Benzer şekilde, burada işlevsel bir toplumun temelini oluşturan gönüllü sivil ve sosyal organizasyonların bütünü olarak tanımlanan STK'lar küresel yönetişim içinde daha önemli hale gelmiştir. Sağlıkta, STK'lar Anne Sütü Yerini Tutan Besinlerin Pazarlanması ile ilgili Uluslararası Kanunun benimsenmesinde (Richter, 2002) ve temel ilaçların model listelerinde (World Health Organization, 2001) etkin bir

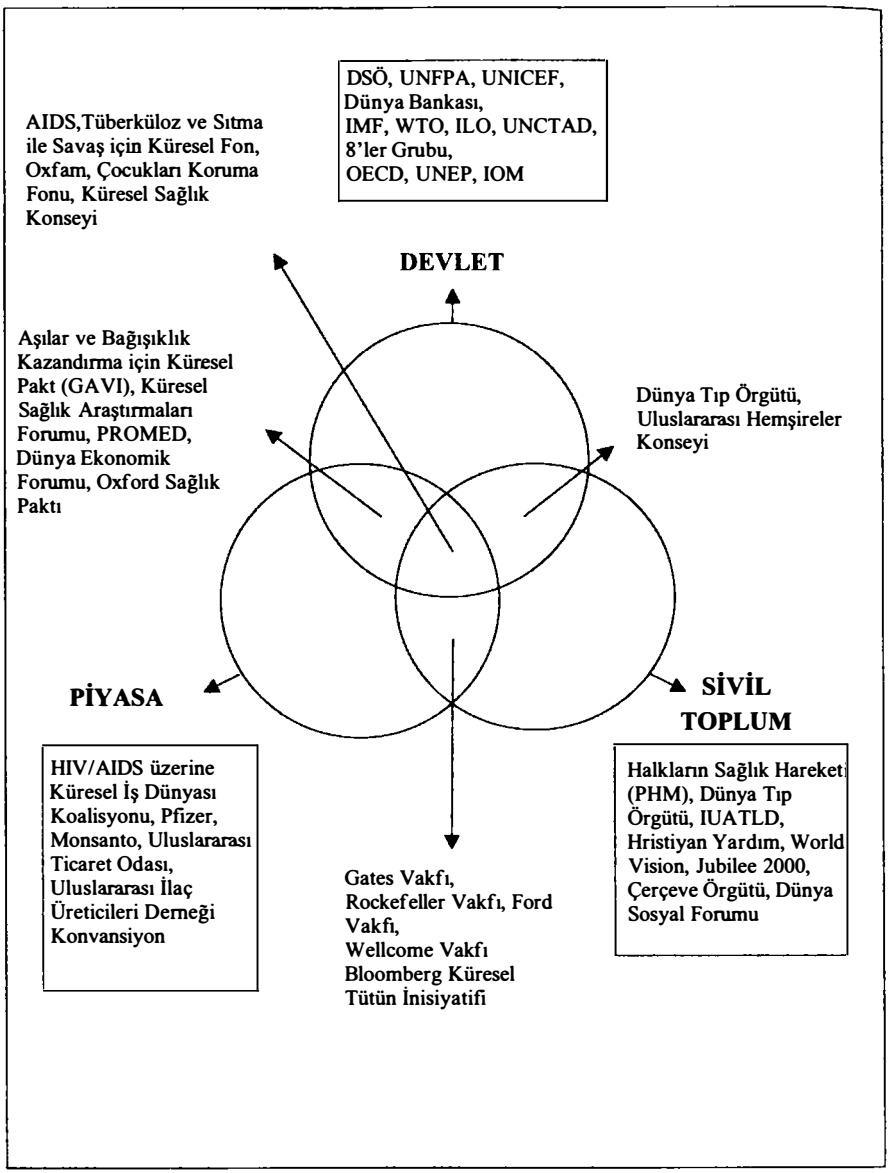
rol oynamışlardır. 1994'teki Nüfus ve Gelişme konulu Birleşmiş Milletler (BM) Konferansı'nda, kadınların sağlık hareketi, hazırlık ve görüşmelerde önemli bir rol oynamış ve nüfus kontrolünden üreme sağlığına doğru kayışta etkili olmuştur (Neideil, 1998). Benzer şekilde STK'lar, Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve Ticaretle İlişkili Fikri Mülkiyet Hakları Antlaşması (Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights – TRIPS) hakkındaki Doha Deklarasyonu ve halk sağlığı görüşmelerinde aktif katılımcılardı (Collin, Lee ve Bissell, 2002).

Özellikle "melez" kurumlar küresel yönetişimin bir parçası olarak ortaya çıkıp, devlet, piyasa ve sivil toplum aktörlerini biraraya getirmişlerdir (Şekil 12.1). Hayırsever vakıflar, kar amacı gütmeyen faaliyetleri göz önünde tutulursa sivil toplumu ve fon temininin mümkün olabileceği özel sektörü idare eder. Bugün bazı vakıfların idare ettiği fonların ölçeği, buna karşılık gelen faaliyetlerinin genişliği ve kapsamındaki artış, küresel sağlık yönetişiminde benzersiz bir etki uyandırmaktadır. Örneğin, Bill ve Melinda Gates Vakfı, kendi Küresel Sağlıktaki Büyük Sorunlar programlarıyla, Aşılar ve Bağışıklık Kazandırma için Küresel Pakt'a (Global Alliance for Vaccines and Immunization – GAVI) katkıları dâhil, küresel sağlık açısından en büyük üç bağışçının arasındadır.

1990'ların başlarından beri devlet, piyasa ve sivil toplum aktörlerini sık sık biraraya getiren küresel kamu-özel ortaklığı (KKÖO) olarak anılan inisiyatifler oluşmuştur. Sağlıkta bunların arasında Sağlık Araştırmaları için Küresel Forum, GAVI, AIDS, Tüberküloz ve Sıtma ile Savaş için Küresel Fon (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria – GFATM) ve temel olarak vitamin ve mineral destekleri ile ilgilenen Gelişmiş Beslenme için Küresel Pakt (Global Alliance for Improved Nutrition – GAIN) vardır. Bu organizasyonların önemli yeniliklerinden birisi, uygunluğu sorgulanan, kâr amaçlı organizasyonları doğrudan karar vermeye dahil etmesidir (Koivusalo ve Ollila, 1997; Buse ve Walt, 2000; Ollila, 2003; Zammit, 2003; Richter, 2004; Ollila, 2005). Aynı zamanda yeni yönetim şekillerine de, ilerleme karşılığı ödeme (Barder ve Birdsall, 2006), pilot fonlama, hızlı ölçülebilir sonuçlar, gözlemleme ve değerlendirme, çıkış stratejileri ve yeni teknolojilerin uygulanması ve/veya araştırılması gibi sonuç temelli yaklaşımlara yapılan vurgu ile birlikte gittikçe artan önem verilmiştir. KKÖO'lara kısa vadeli ve kestirilebilir ölçümlerde verilen öneme bakıldığında SSB'lere hitap etmek için uygun yönetişim araçları olma boyutları hakkında kayda değer endişeler vardır.

Dördüncü olarak, ortaya çıkan şekli ile küresel yönetişim, ülke içindeki ve ülke ve kurumlar arasındaki güç ve yetki kaymaları ile nitelendirilmektedir. SSB ile doğrudan ilgili bu kurumların arasında, 1980'lerden bu yana sağlık sektörüne verdiği kredilerle Dünya Bankası'nın yükselişinin yanında, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) nispi çöküşü ve KKÖO'ların yayılması gözlemlenmiştir (bakınız Bölüm 8). Sağlık sektörünün ötesinde, çok taraflı ve bölgesel ticaret sistemleri-

nin, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) ve Sekizler Grubu'nun (G8) artan gücü de 1970'lerin Yeni Uluslararası Ekonomik Düzen Tartışmaları'ndan beri Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansının, 77'ler Grubunun ve Bağlantısızlar Hareketi'nin (Non-aligned Movement) buna karşılık gelen çöküşü ile karşılaştırılabilir.



Şekil 12.1 Sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde etkisi olan seçilmiş küresel kurumlar.

ÖNEMLİ KÜRESEL SAĞLIK YÖNETİŞİMİ AKTÖRLERİNİ TANIMLAMAK

SSB ile ilgili küresel kurumlar geniş bir yelpazeye yayılırlar. Tarihsel olarak DSÖ, 1948'de kurulmasından bu yana, sağlık için BM'in uzman dairesi olarak lider bir rol oynamıştır. Diğer BM örgütleri sağlık konularını, daha geniş direktiflerin parçası şeklinde, çocuklar [Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (United Nations Children's Fund) – UNICEF], tarım/gıda [Dünya Gıda Programı (World Food Program – WFP), Gıda ve Tarım Örgütü – GTÖ (Food and Agricultrue Organization – FAO), Uluslararası Tarım ve Kalkınma Fonu (International Fund for Agriculture and Development) – IFAD], nüfus [Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund) – UNFPA] ve kalkınma [Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Program) – UNDP] ile ilgili olarak dahil etmişlerdir. Bu örgütlerin direktifleri, ne kadar dar veya ne kadar geniş tanımlanmaları gerektiği ve bu şekilde belli inisiyatiflerin SSB'ye girişmesinin gerekip gerekmediği üzerinde tartışmalar devam etmektedir. Geniş ölçekte tanımlanmış örnekler arasında UNICEF'in çocuk yoksulluğu üzerine kampanyası (UNICEF, 2005), UNDP'nin küresel ticaret üzerine çalışması (Malhotra, 2002) ve UNFPA'nın toplumsal cinsiyet eşitliğini desteklemesi (Microcredit Summit Compaign / United Nations Population Fund, 2005) vardır. İlave olarak, UNICEF 1980'lerde yapısal ayarlama programlarının ve küreselleşmenin sağlık üzerine etkilerini incelemiştir (Cornia, Jolly, ve Stewart, 1987). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (UÇÖ) İşyerinde Güvenlik ve Sağlık Programı (Güvenli İş) ve sosyal güvenlik ile sağlık sigortası hakkındaki faaliyetleri, Küreselleşmenin Sosyal Boyutu üzerine 2004 Dünya Komisyonu'nu kolaylaştırması, konu ile ilgilidir.

Sağlık üzerine odaklanmayan kurumlar, SSB'yi dolaylı yoldan etkileyen geniş ölçekli sorun alanları ile ilgilenmektedir. Bu kurumlar, kendi direktiflerinin bir parçası olarak, örneğin ticaret ve yatırım, eğitim, barınma veya istihdam gibi belli sağlık sorunlarına hitap edebilir. Aynı zamanda SSB'yi bu çekirdek direktifleri izlemek yoluyla etkilemektedirler. Küresel yönetişimde sağlık ile ilgisi olmayan en önemli kurumlar, SSB üzerindeki etkileri açısından, dünya ekonomisinin yönetişimi ile ilgilenenlerdir. Bunlar, OECD ve G8'in yanında uluslararası finans kurumları (UFK'lar) ve Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) ve onların bölgesel karşılıkları tarafından yönlendirilirler. Uluslararası Para Fonu (International Monetary Fund – IMF) ve Dünya Bankası kalkınmakta olan ülkeler için harici finansmanı sağlama ve kolaylaştırma açısından, son on yıllarda SSB üzerinde büyük etkileri olan borç ve finansal krizleri önlemek ve çözmek direktifi ile önemli bir rol oynamaktadır (bakınız Bölüm 7,8 ve 9). Borç ve finansal krizlere tepkilerinin doğası ve kredilerine bağlı koşullar, onlara pek çok gelişmekte olan ülkede uzun sürelerle ihtilaflı olmasa da, önemli ölçüde etki sağlamaktadır. IMF ve Dünya Bankası, aynı zaman-

da araştırmaların kaynağı ve yetkilisidir; ardından bilinçli olarak 1996'dan bu yana kendi şekillendirdikleri bir "Bilgi Bankası" olarak bir rol oynamıştır (Cohen ve Laporte, 2004), ancak bağımsız değerlendirme çalışmaları bilginin geçerliliği ve güvenilirliği hakkında endişeler ortaya koymuştur (Banerjee, Deaton, Lustig, Rogoff, ve Hsu, 2006). SSB, küresel yönetişimin mevcut kurumları tarafından açıkça veya üstü kapalı bir şekilde önemli diye kabul edilmiş olsa da ileri sürdükleri çözümler, sağlık çıktılarını etkileyen sosyal koşulların etkisini gösterdiği çoklu yollara yönelik önlemler almak yerine, hastalık sonuçlarını hafifletmek için seçici sağlık hizmeti uygulamaları üzerinde odaklanmıştır (Solar ve Irwin, 2006). Bu eğilim kurumsal bir bakış açısından, faaliyetleri odaklama ve "direktif kayması"ndan kaçınma bakımından anlaşılır olabilir, ama SSB'ye hitap edilmesi için açık bir temelin ve politika tavsiyelerinin üretilmesini engellemektedir.

BM sisteminin ötesinde, çeşitli sağlık odaklı KKÖO'lar küresel yönetişim sahnesine katılmıştır. Yeni inisiyatifler olarak kamu dikkatini, belli teknolojilere olan ihtiyaç (örn. aşılar, takviye ürünler), belli hastalıkların ihmal edilmesi, küresel sağlık araştırmasındaki boşluklar veya belli toplumların güç durumları gibi belli amaçlara çekmişlerdir. KKÖO'ların günümüze ulaşan analizleri, dikey (hastalık odaklı) yaklaşımları, daha uzun vade sürdürülebilirlik, yerel sağlık sistemlerinin altını oyma, ölçülebilir sonuçlar elde etme kapasitesi ve küresel sağlık yönetişiminin bölünmesindeki katkı hakkında endişeler yaratmıştır (Ollila, 2003, 2005). KKÖO'ların eleştirel değerlendirilmesi oluşum ve operasyonları tarafından arka planda kalmaya devam etmektedir.

Geniş kapsamda, sağlık gelişiminde önceliklerin ne olması ve en iyi şekilde nasıl elde edilecekleri konusunda sağlık odaklı örgütler içinde ve arasında açık gerilimler vardır. Genel olarak, SSB'ye gösterilen önem bazı örgütler içinde artmıştır ama sağlığa biyomedikal ve dikey yaklaşımlara yapılan sürekli vurgu tarafından kendisine meydan okunmaya devam edilmektedir. Sağlık odaklı olmayan kurumlar SSB'yi, örneğin ticaret ve yatırım, eğitim, barınma veya istihdam gibi ilgili çekirdek direktiflerinin bir parçası olarak şekillendirmekte dolaylı da olsa önemli bir rol oynamaktadırlar. Sağlık odaklı kurumların SSB'yi etkileyip etkilememeleri çok sayıda etkene dayanmaktadır.

İlk olarak, bu kurumların sağlık ve/veya onun geniş türevlerini dikkate almaları için hiçbir asgari yasal yükümlülük yok gibi görünmektedir. Uluslararası insan hakları hukukunun gelişmesi, insan hakları anlaşmaları yalnız başına çok yönlü kuruluşlar üzerinde değil devlet tarafları açısından bağlayıcı olsa da, SSB için güçlendirici bir küresel yönetişimi güçlendirebilirdi. İnsan hakları araçlarının, yükümlülükler yoluyla dolaylı olarak kurumlara uygulanması gerektiği ve bu kurumlara üye ülkeler için kendi ülkelerinde ve başka ülkelerde yaşayan insanların hakları karşısında bağlayıcı olduğu yönünde bir tartışma yürütülebilir (Hunt,

2005a, 2005b). Bu tartışma DTÖ ve üye ülkeleri açısından yapılmıştır ama aynı zamanda, örneğin, IMF ve Dünya Bankası'na da yapılabilir. Ancak Fidler (2005b), doğrudan sağlık ile ilgili yanları dâhil, uluslararası ticaret hukukunun uluslararası sağlık hukukundan daha gelişmiş olduğunu belirtmektedir. İnsan hakları anlaşmaları dâhil pek çok uluslararası yükümlülüğün aksine, DTÖ anlaşmaları aynı zamanda yaptırımlar ile de desteklenmektedir, bu yüzden hükümetlerin bu yükümlülüklere daha fazla ağırlık vermeleri için bir sebepleri vardır. Dahası, ticaret ilişkileri, sık sık ekonomik açıdan gittikçe daha güçlü ve daha güçsüz ülkeler arasında yer alarak asimetrik olmaktadır. Bu ilişkilerden doğabilen yaptırımlar, etkinlik açısından son derece tutarsızdır ve genellikle ülkeler çapında adaletsiz sonuçları vardır (Stiglitz ve Charlton, 2004; Birdsall, 2006).

İkinci olarak, sağlık amaçları sağlık odaklı olmayan kurumların açıklanan hedefleri ile ne ölçüde uyumludur? Belli çok taraflı ticaret anlaşmalarının içinde potansiyel olarak olumsuz sağlık etkilerini sınırlamak için önlemlerin yanı sıra, sağlığı korumak için Doha Deklarasyonu tarafından sağlanan açıklamalar ve TRIPS Anlaşmasının Madde 6 kararı gibi proaktif önlemler de vardır (Bloche 2002) (bakınız Bölüm 11). Avrupa Birliği (AB) ile Kanada arasındaki asbest anlaşmazlığı, sağlığı koruma önlemlerinin anlaşmazlık çözümleme sürecini aşabileceğini de ortaya koymaktadır (Ranson et al., 2002; Koivusalo, 2003) (bakınız Bölüm 5). Ancak kamu politikası müdahalelerinin uygulama kapsamı, "acil kamu sağlığı durumu", "asgari ticari kısıtlama", "yeterli bilimsel kanıt" ve "hükümet yetkisi uygulamasında sağlanan hizmetler" gibi anahtar kavramların nasıl yorumlandığına bağlı olabilir (Woodward, 2005). AB, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Kanada arasındaki sığır eti hormon anlaşmazlığı ile ilgili DTÖ kararı, DTÖ'nün AB'nin yasaklamasını destekleyen bilimsel kanıtların standardını yorumlamasının katı olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer endişeler DTÖ'nün Birleşik Devletler, Kanada ve Arjantin tarafından genetik olarak değiştirilmiş organizmalar hakkındaki sıkı AB düzenlemesine karşı getirilen vaka ile de seslendirilmiştir; TRIPS altındaki esnekliklerin kapsamı ve DOGÜ'lerin onları kullanma kapasiteleri hakkındaki görüş birliği eksikliği sorun yaratmaya devam etmektedir (bakınız Bölüm 11). Dahası, artan sayıda bölgesel ve çift taraflı ticaret anlaşmaları altında sağlanan, örneğin TRIPS'ten daha güçlü fikri mülkiyet hakları sağladıkları için sözde DTÖ-artı (WTO-plus) önlemler yaratan sağlık korumalarının analizleri sınırlı kalmaktadır.

Standart koyan kurumların SSB üzerindeki etkilerinin göz önüne alınması da önemlidir. DSÖ ve GTÖ tarafından "gıda standartları, kılavuzları ve uygulama kuralları gibi ilgili metinleri geliştirmek üzere" 1963 yılında kurulan ortak bir kurum olan Codex Alimentarius Komisyonu (veya Codex) bunun bir örneğidir[1]. 1995'te Gümrükler ve Ticaret Genel Anlaşması (General Agreement on Tariffs

[1] http://www.codexalimentarius.net/web/index_en.isp.

and Trade – GATT) altındaki Uruguay Turu'nun bir parçası olarak Codex'in statüsü, bağlayıcı bir düzenleme kurumuna yükseltilmiştir. Eleştirmenler büyük ölçekli ticari üreticilerin baskın rolünün, standartların tüketicilerin sağlığını yeterince korumak için fazla düşük belirlenmesine yol açtığını ileri sürmektedir. Bunun aksine daha yüksek standartlar belirlemenin, bu standartları karşılamak için daha iyi bir konumda olan büyük üreticilerin rekabetçi konumunu destekleme ve ardından küçük üreticileri olumsuz etkileyip yoksulluk üzerinde olumsuz etki potansiyeli vardır. Uluslararası standartlar, sağlıkta eşitliği amaçlayarak, hem doğrudan (biyomedikal) hem de dolaylı (SSB) sağlık etkilerini dikkate almayı gerektirir. Ekonomik çıkarlar üzerine çok fazla vurgu, sağlığı korumak için çok düşük standartlar ile sonuçlanacakken, tamamen biyomedikal bir bakış açısı da onları ekonomi ilişkili sağlık kazanımlarının gerçekleştirilmesi için fazla yüksek yapabilir. Bu da her ikisi için de göreceli olan SSB profilini yükseltmek ve ticaret kuralları ile ilişkili anlaşmazlıkları görüşen ve çözen küresel yönetişim sistemi içinde bunu kurumsallaştırmak için güçlü bir savı temsil eder.

SSB ile daha ümit veren bir bağlantı, sağlık sorunlarının daha geniş kalkınma insiyatifleri içine dâhil edilmesidir. 1995'teki Sosyal Kalkınma Dünya Zirvesi'nde (World Summit for Social Development) hükümetler "insanları kalkınmanın merkezine koyma ihtiyacı" üzerinde görüş birliğine varmışlardır. Bunun ardından gelen Kopenhag Deklarasyonu SSB merkezli, 2000'deki Genel Meclis kararında yeniden onaylanan yoksulluğu azaltma, tam istihdam ve sosyal bütünleşme dahil 10 taahhüt benimsemiştir (United Nations, 1995, 2000). Bu taahhütler, kilit önceliklerde kalkınma desteğinin geliştirilmesini hedeflemek için bir çerçeve olarak düşünülen BKH'ler dahilindeki sağlık hedefleri tarafından büyük ölçüde kapsanmıştır. Ancak, Binyıl Deklarasyonu SSB'nin küresel yönetişiminin önemi için "kendi toplumlarımıza karşı olan ayrı sorumluluklarımıza ilave olarak, küresel seviyede insan haysiyeti, eşitliği ve adaletini desteklemek için toplu bir sorumluluğumuz olduğunun bilincindeyiz" şeklinde vurgulayarak bir miktar temel sağlamaktadır (Birleşmiş Milletler, 2004). Bağlam ve BKH'lerin nasıl kullanıldıklarına bağlı olarak, hâlâ ispatlanmamış olsa da, hedeflerinin üçü açıkça sağlığa vurgu yaparak ve ilave dört hedefi de daha geniş SSB ile ilişkili olarak, SSB'ye hitap etmek üzere potansiyel bir araç sağlayabilirler (UN Millenium Project, 2005).

Üçüncü olarak, sağlık ile ilgili olmayan bir politika alanını SSB ile ilişkilendirecek eylemler için yeterli kanıt ve potansiyel olup olmadığı henüz açıklığa kavuşmamıştır. Son on yıl içinde, sağlık dahil küreselleşmenin sosyal etkilerine dikkati çekmek için çoğu önemsenmeyen, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (International Labour Organization – ILO) Küreselleşmenin Sosyal Boyutu Dünya Komisyonu (International Labour Organization, 2004) başta olmak üzere pek çok çaba gösterilmiştir. Komisyon tarafından öne çıkartılan vizyon, evrensel olarak paylaşılan

> değerlere dayanan güçlü bir sosyal boyut ve insan haklarına ve bireysel haysiyete saygı ile birlikte bir küreselleşme sürecidir; adil, kapsayıcı, demokratik olarak yönetilen ve tüm ülkeler ve insanlar için fırsatlar ve elle tutulur çıkarlar içeren bir vizyondur (International Labour Organization, 2004, s. ix)

Dünya Sosyal Forumu (DSF) benzer şekilde mevcut küreselleşme şekillerini sorgulamıştır.

> Neoliberalizm, dünyaya sermaye ve herhangi bir emperyalizm tarafından baskı kurulmasına karşı olan gruplar ve sivil toplum hareketleri aracılığıyla düşünüm, fikirlerin demokratik tartışması, önerilerin şekillenmesi, deneyimlerin serbest değiş tokuşu ve etkili eylemlerin birbirine bağlanması için açık bir toplantı merkezi olarak tanımlanmıştır ve kişi olarak insan üzerinde odaklanan bir toplum inşa etmeye adanmıştır (World Social Forum, 2006).

İlave olarak, şimdi küreselleşmenin yoksulluk, iş piyasasının yeniden yapılanması, gelir eşitsizlikleri, fiziksel ortamlar, sağlık sistemleri ve finansal akışlar üzerindeki etkilerini analiz eden anlamlı deneysel kanıtlar vardır (Pangestu, 2001; Lee ve Vivarelli, 2006; Labonte ve Schrecker, 2007a, 2007b, 2007c). Sağlık, aynı zamanda küresel kamusal mallar üzerindeki araştırma ve politikalara da dahil edilmiştir (Smith, Beaglehole, Woodward, and Drager, 2003).

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİNE YÖNELMEK İÇİN "İYİ" KÜRESEL YÖNETİŞİM

İyi yönetişimin belli ilkeleri ve SSB arasındaki bağlantılar iki yönlü düşünülebilir: ilk olarak kararlarını ve faaliyetlerini şekillendiren tekil kurumlar içindeki yönetim kalitesi ve ikinci olarak bu kurumların toplu şekilde gittikçe küreselleşen bir dünyanın yönetişimine nasıl katkıda bulunduğu.

Politika Tutarlılığı ve İşbirliği

Sağlıkta politika tutarlılığı ve işbirliğinin zayıflığı uzun süredir bilinmektedir. Küresel yönetişimde tutarlılık ve işbirliğini iyileştirmek için gösterilen çabaları, öncelikle bağımsız devletlerin üzerinde kapsayıcı bir yetkinin eksikliği engellemektedir. Küresel yönetişim ile ilgili kilit kurumsal aktörler büyük ölçüde birbirinden bağımsızdır ve resmi olarak güçlü bağışçı hükümetler gibi belli seçmenlere karşı sorumlu iken, daha yüksek bir seviyede otoriteye karşı sorumlu değillerdir. Çeşitli kurumlar arasında hedefler, uzmanlık, değer temelleri, seçmenleri ve kaynakları ile güç ve etkideki çeşitlilikler arasında temel farklar vardır. Deacon ve ark. (2003) Dünya Bankası, DTÖ, BM sistemi, G8 ve diğer ülke gruplaş-

maları ve ulusal sosyal kalkınma inisiyatifleri arasında parçalanma ve rekabet gözlemlemektedir. Mevcut küresel yapı kısaca, karmaşık bir dizi bağımsız, eşitsiz ve hatta birbirine rakip kurumlardan oluşmaktadır.

Sağlık sektörünün içinde daha iyi koordinasyon ihtiyacı uzun zamandır süren bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Küresel yönetişim mimarisinin, çabaların kopyalanması, direktiflerin örtüşmesi, belli boşlukların olması ve alıcı ülkeler üzerine yüklenen gereksiz işlem maliyetleri şeklindeki kusurları hakkında güçlü kanıtlar vardır (Lee, Collinson, Walt, ve Gilson, 1996; Buse ve Walt, 1997; van Diesen ve Walker, 1999; Walt, Pavignam, Gilson, ve Buse, 1999; Martinez, 2006). DSÖ anayasası işlevlerinden birisinin, "uluslararası sağlık işlerinde yönlendirici ve koordine edici bir otorite olarak hareket etmek" olduğunu belirtmektedir (Madde 2(a)). Ancak, bazı bağışçı hükümetlerin, 1970'lerin sonlarında özellikle 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık, temel ilaçlar ve anne sütü yerine geçen maddelerin düzenlenmesi gibi "siyasi" kabul edilen belli DSÖ faaliyetlerinden hoşnutsuzluğu, bazı büyük bağışçıların DSÖ kaynaklarını dondurmalarının yanı sıra alternatif kurumlar yaratmalarına da yol açmıştır. DSÖ'nün "tek ülke tek oy" sisteminin aksine ekonomik olarak ağırlıklandırılmış bir oylama sistemi ile yönetilen Dünya Bankası, bunun ardından sağlıkla ilgili yeni faaliyetlerde, özellikle 1980'lerden bu yana piyasa odaklı sağlık sektörü reformlarının geliştirilmesinde liderlik rolünü ilan etmiştir (bakınız Bölüm 8).

Gelişmiş politika tutarlılığı için algılanan ihtiyaç, daha yakın zamanda sektörler arası işbirliği aracılığı ile kilit sağlık sorunlarına çözüm arama çabalarından doğmuştur. Küreselleşme, yönetişim seviyelerinin yanı sıra sorun alanları arasında daha büyük bağlantılar yaratarak politika alanlarını bulanıklaştırmıştır. Birleşik Krallık (BK) Uluslararası Kalkınma Dairesi'ne (BK UKD) göre (United Kingdom Depertment for International Development, 2006) politika tutarlılığı, "çeşitli konulardaki politikalar (örneğin, ticaret, göç, güvenlik), kalkınma hedeflerinin elde edilmesini desteklediği veya en azından altını oymadığı zaman başarılır". Benzer şekilde, OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2003, s. 2) politika tutarlılığını "üzerinde anlaşmaya varılan hedefleri elde etmeye doğru sinerji yaratan hükümet bölümleri ve daireleri arasında politika hareketlerinin karşılıklı güçlendirilmesinin sistematik olarak desteklenmesi" olarak tanımlamaktadır. BK UKD'ye (United Kingdom Depertment for International Development, 2006) göre politika tutarlılığının eksikliği bu yardımın etkinliğini ve etkisini zayıflatmaktadır. Bu da aşağıdakiler aracılığıyla gerçekleşir:

1. Politikalar birbirleri ile çeliştiklerinde bütünleyicileri için kaybedilen fırsatlar.
2. Politika anlaşmazlıklarını sistematik olarak tespit edip çözecek çok az me-

kanizmanın olması ve bu tür çelişkiler açığa çıktığında yasal yerel ve küresel çıkarları destekleme güçlüğü.

3. Hem yerel seviyede (hükümet tarafından yapılan değişik politikalar ve değiş tokuşların etkisi hakkında sınırlı kamu bilinci ile) hem de uluslararası seviyede (zengin olan ülkeleri sorumlu tutmak için düşük gelirli ülkelerin sınırlı açılımı ile) değişim için yetersiz siyasi baskı.
4. Çoklu yerel çıkarların çok yönlü gündemlere, özel çıkar gruplarına ve gelişmekte olan ortaklara karşı yarıştığı karmaşık karar verme sistemleri.

1990'ların başlarından beri, "yeni bir yardım mimarisi"nin parçası olarak sağlık kalkınmasında uyumluluk ve işbirliğini arttırmak için süregelen çabalar vardır. Örneğin, ayrı ayrı ülkeler içinde, sağlık kalkınması ile ilgili kurumları biraraya getirmek için sektör çapında yaklaşım (Sector – wide approach – SWAp) benimsenmiştir.

> Bir SWAp, sektör için fonlamanın – ister dahili ister bağışçılardan olsun – hükümet liderliğinde tek bir politika ve masraf programını desteklediği ve sektör çapında ortak yaklaşımlar benimsediği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak harcama ve sorumluluk için hükümet prosedürlerini güçlendirme çabaları eşlik eder. Bir SWAp ideal olarak, mikro, mezo ve makro seviyelerde anlaşılır bir sektör programının ve bağışçılar arasında ve bağışçılar ile hükümet arasında güçlü bir işbirliğinin tasarlanmasında daha geniş paydaş danışmasını içermelidir (United Kingdom Department for International Development, 2001, s. 1).

Kendi başına sağlık sektörü üzerine odaklanıp, bu şekilde SSB'ye hitap edecek bir araç olmayan SWAp, çoklu sektörler arasında kurumsal bağlantıların güçlendirilmesi için fikirler sunmaktadır (bakınız Bölüm 7). Diğer BM inisiyatifleri arasında Ortak Ülke Değerlendirmesi, BM Kalkınma Destek Çerçevesi ve BM Daimi Koordinatörleri vardır. DSÖ ve ILO tarafından Amerika ülkelerinde uygun çalışma koşullarının sağlanması üzerinde gösterilen ortak çabalar stratejik ve işlevsel işbirliği potansiyelini daha fazla göstermektedir (International Labour Organization, 2006).

Başka bir yaklaşım, kurumların hedeflenen nüfuslar veya sağlık konularında koordinasyonlarının güçlendirilmesidir. Çocukluk Hastalıklarının Birleşik Yönetimi, DSÖ ve UNICEF tarafından, kalkınmakta olan ülkelerdeki çocukları ciddi şekilde tehlikeye sokan çeşitli etkenleri dikkate alan, hastalıkların aşılama ve geliştirilmiş beslenme ile önlenmesini vurgulayan birleşik bir stratejidir (World Health Organization, 1999).

Sağlık ve sağlık türevlerinin üzerindeki etkilerin, temel olarak sağlıktan başka konularla ilgilenen politikalardan doğduğu geniş ölçüde kabul edilmektedir

(Stahl, Wismar, Ollila, Lahtinen ve Leppo, 2006). Bu, özellikle sağlık etkilerinin geleneksel olarak dikkate alınmadığı ekonomik, ticaret ve sanayi politikaları gibi alanlarda önemli ve dikkate değerdir. Tanım olarak, SSB'ye değinme çabaları, küresel kurumsal işbirliği ve uyumluluktaki eksiklikleri gidermek için bir ihtiyacı ima ederek sağlık ile ilgili olmayan sektörlerle ilişkiyi gerektirir. Bu inisiyatiflerin en göze çarpanı BKH'lardır. Benzer şekilde, yoksulluğu daha etkili biçimde azaltmak için Yoksulluk Azaltma Stratejisi (YAS) yaklaşımı (a) yoksulluğu azaltmak için etkili stratejiler tanımlamak için ve (b) dışsal ortaklıklar ve desteği geliştirmek için sektörlerarası işbirliğini vurgulamaktadır (World Bank, 2006). Etkili stratejileri kimin tanımladığı tartışmalı bir konudur ancak günümüze kadar gösterilen çabalar üzerine çok sayıda gözlem yapılabilir:

1. Bu tür gelişmeler için kuvvetli bir fikir birliği olsa da, bu çabaların etkinliği, güçlü çıkarların işbirliğine boyun eğmeye isteklilik derecelerine bağlı kalmaktadır. Bu tür çıkarların, gücü, mevcut mekanizmalar içinde daha geniş bir şekilde taraflara yeniden dağıtmak yerine baskınlıklarını korudukları yeni uluslararası mekanizmalar yaratmaya eğilimleri vardır. Örneğin, HIV/AIDS Ortak Birleşmiş Milletler Programının yaratılması için bağışçı desteği DSÖ'den kaynaklanan tatminsizliklerden doğmuştur. Buna karşılık, ABD hükümetinin UNAIDS'e katkıda bulunmak veya Küresel Fon ya da UNAIDS'e izin verilen üçte bir payını vermek yerine AIDS Yardımı için ABD Başkanı Acil Fonu (US President's Emergency Fund for AIDS Felief – PEPFAR) kurma kararı ilave, hatta rakip kurumsal yapılar ile sonuçlanmıştır.
2. Sağlık, bazı kurumların daha geniş kalkınma inisiyatifleri içinde iyi tanınıyor gibi görünmektedir. Öye yandan sağlık, normalde sağlık hizmetleri ve teknolojileri içinde çerçevelenmekte iken SSB büyük ölçüde tanınmamaktadır. Dahası, politika uyumluluğu, değişik sektörlerde küresel yönetişimin eşit olmayan kalkınma seviyesi ile engellenmektedir. Ekonomik küreselleşme, yüksek gelirli ülkeler ve şirket çıkarları açısından önemini yansıtarak ticaret ve finans direktifleri olan küresel kurumların etkilerini güçlendirmiştir. Aynı zamanda, sağlık temelli normatif ve standart-koyucu çalışmalar aynı seviye ve hızla gelişmemiştir (Fidler, 2005a).
3. Rakip ideolojik bakış açıları arasında, çıkarlar ve sağlık gelişimindeki hedefler ile kısıtlı kaynakların koordineli eylemler aracılığıyla kullanılması arasında bariz bir gerginlik vardır. SSB en iyi nasıl ele alınabilir?
4. Küresel seviyede merkezi bir yapının kilit referans noktası olarak, örneğin teknik bilgileri birleştirmek, sağlıktaki küresel eğilimleri gözlemlemek ve politika tartışması için bir buluşma noktası bağlamında SSB'yi merkeze

koyarak hareket etmek ihtiyacı sürmektedir. Bu, DSÖ için önemli ve meydan okuyan bir fırsat sunmaktadır.

5. Çeşitli inisiyatiflerin işbirliği ve uyumluluğunu geliştirmek için karşılaştırmalı etki değerlendirmesine ihtiyaç vardır. Yeni işbirliği mekanizmalarının, özellikle hastalık odaklı inisiyatifler için olanların yaygınlaştırılması, herhangi bir eleştirel değerlendirmenin ötesine geçmiştir.
6. SSB ile ilgili çağdaş küresel yönetişimin doğası kendi başına bir "sistem" olarak tanımlanamaz. Onun yerine, 1940'larda kurulan bir temelden gelişen, değişen koşullar, tarihi örnekler, ideolojik bir yönelim, güç ve kaynakların eşit olmayan tarihi dağılımı ile belirlenen bir grup kurumdur. Sonuç olarak, mevcut kurumlar ne küresel topluluğun ortak iradesinin bir ifadesi ne de ortak ihtiyaçlara hitap etmek için faydalanan-merkezli stratejik bir yaklaşımdır.

ŞEFFAFLIK VE SORUMLULUK

Kamu politikasındaki şeffaflık ve sorumluluk mekanizmaları, demokratik siyasi sistemlerin etkili işlev görmesi için esastır.

SSB ile ilgili çeşitli kurumların arasındaki açık bir ayrım, sorumluluklarının temelde insanlara karşı mı, bağışçılardan alınan fonlara karşı mı olduğudur. BM sistemi içindeki sorumluluk, temel olarak tek ülke, tek oy ilkesine dayanmaktadır. Uygulamada bu, kurumların bağışçılardan gönüllü katkı alma derecesi ile bir noktaya kadar zarar görmektedir. Örneğin, DSÖ durumunda, bu tür katkılar bağışçı ülkelerin yapılan politikalar üzerinde orantısız etkileri olması endişelerine yol açacak kadar önemlidir. Üye ülkelerin oy verme gücünün mali katkıya dayalı olduğu UFK'lar durumunda, resmi sorumluluk ağırlıklı olarak, politika kararlarından en fazla etkilenen düşük ve orta gelirli ülkeler pahasına, büyük ölçüde yüksek gelirli ülkelerin tarafına kaymıştır. Ayrıca son yıllarda küresel kurumların şeffaflıkları ve sorumluluklarını geliştirmeye daha fazla önem verilse de UFK'lar uzun süredir, DTÖ'ye de yöneltildiği gibi şeffaflıktan uzak olmaları ile eleştirilmektedir. Örneğin, UFK'nın Şeffaflık Kaynağı, uluslararası finans kurumları içindeki kendi bakış açılarından şeffaflığı değerlendirmek için 250 ölçüt geliştirmiştir.[2] Benzer şekilde Tek Dünya Vakfı (One World Trust) (Blagescu ve Lloyd, 2006), DSÖ, Dünya Bankası, Nestle, Pfizer ve Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Örgütleri (International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies – IFRC) dahil "iş dünyası, hükümetler arası ve hükümet dışı sektörlerden dünyanın en güçlü örgütlerinden otuzunu" ayrı ayrı değerlendirmek için bir Küresel Sorumluluk İndeksi (Global Accountability Index) geliştirmiştir. Dört çekirdek sorumluluk boyutu: şeffaflık, katılım, değerlendirme ve şikâyet ile ce-

[2] Bakınız http://www.ifitransparencyresource.org/en/index.aspx (17 Ekim 2006'da erişildi).

vap mekanizmaları, hem dâhili hem de harici taraflardan gelen sorumluluk taleplerini yönetmek açısından kritik olarak tanımlanmıştır. Rapor günümüzdeki küresel yönetişimin sorumsuz örgütler tarafından değil "ya yanlış taraflara karşı sorumlu ya da sorumluluklarını diğerleri pahasına tek bir taraf grubu üzerinde odaklayan örgütler" tarafından tanımlandığı sonucuna varmaktadır (Blagescu, de Las Casas ve Lloyd, 2005).

Taraflara karşı sorumluluk hakkında dolaylı ya da açık varsayımlar, politika yapma konusunda devlet, piyasa ve sivil toplum içindeki kurumsal aktörlerle ilişki kurmak için yakın zamanlardaki çabalarına zarar vermektedir. Sonuç, küresel yönetişime yaklaşımda "ortaklıklar"ın yayılması ve küresel kamu politikası ağlarının (KKPA) daha birleşik ancak daha az resmi bir katılımcı olarak görülmesi olmuştur (Reinicke, Deng, Benner ve Witte, 2000). Bu bağlamda uluslararası örgütler, toplantı organizatörleri, platformlar, ağ yaratıcıları ve zaman zaman KKPA'ların kısmi finansörleri rolünü oynamaktadır. Bunun iyi bir örneği Berlin'de yerleşik, kâr amacı gütmeyen bir düşünce kuruluşu olan, "kamu sektörü, sivil toplum ve iş dünyasını biraraya getirerek stratejik toplulukları acil politika sorunları etrafında" güçlendirmeyi amaçlayan Küresel Kamu Politikası Enstitüsüdür (Global Public Policy Institute)[3]. Küresel sağlıkla ilgili örnekler arasında Sağlıklı Şehirler Ağları, HIV/AIDS ile Yaşayan İnsanların Küresel Ağı ve (Tütün) Çerçeve Anlaşma Birliği vardır.

Taraf katılımının bu açık genişlemesine rağmen SSB ile ilgilenen çoğu küresel kurum için, temsilciliğin daha sistematik ve eleştirel değerlendirilmesine, şeffaflığın kalitesine ve sorumluluğa hâlâ ihtiyaç duyulmaktadır. Günümüze kadar olan yoğunlaşma, geniş bir taraf çeşitliliği üzerinde, özellikle faydalananlar üzerinde değil, büyük ölçüde finans ve program sorumluluğunu geliştirmek, özellikle küresel inisiyatiflerin büyük fonlayıcıları üzerinde olmuştur. Mevcut SSB'nin nin ilişkili küresel yönetişim yapısında, üzerinde anlaşmaya varılan tanımlar, şeffaflık ve sorumluluk ölçüleri eksiktir. Hangi süreçler şeffaf olmalıdır? Bir örgüt ne için ve kime karşı sorumlu olmalıdır? Düzenleyici bir küresel merci, düzenlemeyi amaçladığı küresel taraflara karşı sorumlu olmalı mıdır? Küresel STK'lar, ağlar ve şirketler, onları düzenleyen yerel kanunlar veya kendi üyelerinin çıkarları hariç kime karşı ve ne için sorumludurlar?

Büyük sağlık-odaklı örgütlerin arasında, Küresel Fon (Global Fund), toplu dernekler (örn., Uluslararası İlaç Üreticileri ve Dernekleri Federasyonu-IFPMA) ve çeşitli kamu-özel ortaklıkları, daha geniş kamu denetiminin büyük ölçüde dışında kalmaktadır. Devasa kaynakları dikkate alındığında Gates Vakfı gibi büyük vakıflar bağımsız olarak hareket etmektedir. Ülkelerarası büyük hükümet dışı kuruluşlar (HDK'lar) hizmet ettikleri toplumlara karşı değil yönetim kurulları

[3] Bakınız www.gppi.net (17 Ekim 2006'da erişildi).

ve fon sağlayıcılarına karşı sorumludurlar. DSÖ tarafından yönlendirilen hükümetlerarası örgütler bile taraflarının kim olduğu (üye ülkeler dışında) ve onlarla nasıl yakından ilişki kuracakları üzerinde düşünmelidirler. Çok beklenen ancak sorunlu olan ve STK'ları ile şirket çıkar grupları arasında ayrım yapmakta başarısız olduğu için eleştirilen DSÖ Sivil Toplum İnisiyatifi'nin kaderi belirsizdir. Belki de en önemlisi, OECD ve G8 gibi kilit kurumlar tarafından hizmet gören paydaşların taraf kapsamının dar olması hakkında sorulacak soruların olmasıdır. Son olarak, demokrasinin ve/veya iyi yönetişimin genel olarak kabul gören ilkelerine ayak uydururken, genel bir "denetim ve denge" sistemi geliştirilmelidir. Bunun amacı, herhangi bir küresel yönetişim sisteminin anahtar bir özelliği olarak çeşitli kurumlar çapında toplu şeffaflığı ve sorumluluğu sağlamak olacaktır.

KATILIM VE TEMSİL

1990'lardan bu yana küresel sağlıkla ilgilenen kurumsal aktör sayısı daha fazladır ama bunun daha hangi derecede büyük siyasi çoğunluğu ya da seçkinliği yansıttığı, eleştirel olarak değerlendirilmelidir. Kilit küresel sağlık kurumları içinde katılım ve temsil kalitesi hayal kırıklığı yaratmaya devam etmektedir. Süregelen endişelerin arasında bağışçılar ve faydalananlar arasındaki güç dengesizlikleri yer almaktadır. Bu dengesizlikler daha geniş güç politikalarının kolay kontrol edilemeyen bir yansıması gibi görünse de, dengesizlikleri sürdüren kurumsal yapılara değinilmemeye devam edilmektedir. UFK'ların karar verme süreçlerinin reformu konusunda süregelen başarısızlık, en belirgin örnektir. Yasal temsil (örn. oy gücü) sağlayan resmi mekanizmaların ötesinde, katılım ve temsilde eşitsizlikleri sürdüren yapısal olarak yerleştirilmiş fiili temsil (örn. finansal bağımsızlık, DTÖ içinde ticari baskı) bulunmaktadır.

Devlet dışı aktörlerin küresel yönetişime daha fazla katkıda bulunması çok kişi tarafından bir tür temsili iyileştirme olarak görülmüştür. Ancak, devlet dışı aktörler ekonomik çıkarlarını geliştirmek arayışı ile ticari varlıklarını katmışlardır. Örneğin, Codex'te sanayinin katılımı, tüketici çıkarlarının korunması konusunda endişe doğurmuştur. Sözde yapay taban (sahte taban) örgütler* (örn. sanayi tarafından fon sağlanan hasta grupları) yaygınlaşmış ve çıkar çatışmaları hakkında endişelere yol açmıştır. Tütün sanayisi tarafından, Uluslararası Tütün Yetiştiricileri Derneği (UTYD) gibi sözcü gruplara fon sağlandığı belgelenmiştir. UTYD kendisini "1984 yılında milyonlarca tütün çiftçisinin sorunlarını dünyaya

* Kitabın İngilizce metninde "astro-turf (false grassnoots) organizations" olarak ifade edilen bu kavramın Türkçe karşılığı bulunmamaktadır. "Astro Turf" kelimesi ticari bir marka olmakla birlikte yaygın olarak doğal çimi (ing: grass) taklit eden "suni çim" anlamında kullanılmaktadır. Kalıp olarak "astroturg organizations" biçiminde kullanıldığında "grassroots movement" (taban hareketi) gibi bağımsız bir örgütlenmeymiş gibi görünmesi, hatta onları taklit etmesi amaçlanmış, ancak belirli bir politika veya özel kuruluşun çıkarlarını desteklemek amacıyla hareket eden örgütleri ifade etmektedir. (ç.n.)

anlatmak amacıyla kurulan, kar amacı gütmeyen bir örgüt" olarak tanımlamaktadır[4]. Uygulamada, "1980'lerde tütün sanayisi tarafından uluslararası tütün kontrol inisiyatiflerine karşı, sanayiye bir insan yüzü ve Üçüncü Dünya taban örgütlenmesi kazandırmak amacıyla yaratılan bir halkla ilişkiler aracı"dır (Must, 2001, s. 2).

KAYNAK HAREKETLENDİRME VE TAHSİSİ

Küresel kaynakların harekete geçirilmesi ve tahsisi ile ilgili yönetişim kalitesi, SSB üzerindeki etkileri açısından nasıl değerlendirilebilir? Finansmanın küresel yönetişimi nasıl geliştirilebilir?

Önemli bir sorun, fonların kullanımıyla ilgili kararların nasıl alındığı ile ilgilidir. Bu da doğrudan fon sağlama kaynağı ve nasıl yönetildikleri ile ilişkilidir. Sağlıkla ilişkili örgütler arasında, üzerinde örgütün ihtiyari kontrolü olan DSÖ'nün düzenli bütçe fonları durgun kalmış, hatta gerçek anlamda küçülmüş ve 2006 yılında toplam 915 milyon US$ olmuştur. Bunun aksine, bağışçıların üzerinde değişik seviyelerde kontrol kullanmayı tercih ettikleri bütçe harici fonlar, 1990'ların başlarından bu yana nispi olarak büyümüş ve 2006'da 2,398 milyon US$'a ulaşmıştır (Lee ve Buse, 2006). Bütçe dışı fonların sürdürülebilirliği hakkındaki endişelerin yanı sıra, DSÖ'nün bu asimetrik fon yapısı dikkate alındığında, uyumlu bir çalışma programı kurabilme yeteneği konusunda sorular vardır. Yerel seçmenlere karşı sorumluluklarını göstermeye ve mali etkileri aracılığıyla karar verme süreçlerini orantısız şekilde etkilemeye çalışan bağışçılar için fonlar, dikey hastalık kontrol faaliyetlerine ayrılma eğilimindedir (Vaughan et al., 1995; Lucas et al., 1997). Sonuç olarak, kötü sağlığa katkıda bulunan yapısal etkenleri yenmek için uzun vadeli ve büyük ölçekli fon sağlama konusu sınırlı destek almaktadır (Shiffman, 2006). Örneğin, Genişletilmiş Aşılama ve GAVI Programı'na temel çocukluk hastalıklarına karşı aşılama için önemli bütçe dışı fonlar verilmiştir. Ancak, çocukların bu hastalıklara daha eğilimli olmasına sebep olan yoksulluk, kötü yerleşimler ve yetersiz sağlık koruma önlemleri gibi sosyal koşulları gündeme getirmek için çok sınırlı çaba gösterilmiştir.

BM sistemi bir bütün şeklinde, uzun süredir büyük finansal bağışçıların fon sağlamayı siyasi bir araç olarak kullanması hakkında sorunlarla karşılaşmaktadır. Üç ana BM harcama kategorisi vardır: Üye ülkelerin zorunlu tayini ile finanse edilen *normal bütçe*, normal bütçeden ayrı olan ama yine tayin yolu ile finanse edilen *barışı koruma* bütçesi ve UNDP, UNICEF ve UNFPA gibi insani yardım ve kalkınma örgütlerinin çoğunu finanse eden *gönüllü katkılar*. Bu sistemde, üye ülkeler çekirdek faaliyetlerin finansal desteğini paylaşmakta ama diğer

[4] Uluslararası Tütün Yetiştiricileri Derneği. Kimiz ve ne yapıyoruz. http://www.tobaccoleaf.org/ (17 Ekim 2006'da erişildi).

bütçelerde her ülke kendi önceliklerinin peşine düşmektedir. Bazı üye ülkelerin tayin edilen katkılarını tamamen veya zamanında ödemeyi reddetmeleri BM bütçesinin büyümesini etkilemiş ve böylece sağlık veya SSB programlarının harcamalarını sınırlamıştır. Bu, ABD hükümetinin BM'ye borcunun bir kısmını (1,3 milyar US$) diğerlerine ilaveten tayin ettiği miktarın (yüzde 25'ten yüzde 22'ye) ve barışı koruma katkılarının düşürülmesi karşılığında ödemeyi teklif ettiği, Helms-Biden Kanunu'nun koşulları ve BM bütçesinin gerçek anlamda büyümemesi ile gösterilmektedir. Kanun tarafından kapsanmayan 244 milyon US$'lık önemli borçlar, çeşitli BM örgütlerine olan 214 milyon US$ dahil ödenmemiş olarak kalmaktadır (Biden, 2001). SSB'yi gündeme getirmek için BM'nin fon sağlaması, büyük ölçüde gönüllü katkılara kalmakta ve inisiyatifleri bağışçıların kararlarına maruz bırakmaktadır.

Mali belirsizlik ve eksiklikler dikkate alındığında, kalkınma amaçları için alternatif kaynakları sağlama alma çabaları olmuştur. Bir kaynak, ek kaynaklar yaratmak, hayati malzemelerin tedariğini desteklemek veya ihtiyacı olan ülkeler için artan pazarlık gücü sağlamak için Uluslararası Finans Tesisi ve Birleşmiş Milletler Uluslararası İlaç Satın Alma Tesisi (United Nations International Drug Purchase Facility – UNITAID) gibi yaratıcı fonlar sağlayan fon mekanizmalarının kurulması olmuştur. Başka bir örnek, 1979 yılında ülkelere düşük maliyetli aşılar sağlamak, malzemelerin kesintisiz tedariğini sağlamak, yerel para biriminin kullanımını kolaylaştırmak, uygun maliyetli toplu satın almaya izin vermek, ürün kalitesini güvence altına almak ve acil emirlerin yerine getirilmesine onay vermek için kurulan Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PASÖ) Aşı Yaygınlaşması için Döner Fonudur (Pan American Health Organization, 2000).

Küresel sağlık için artan öneme sahip fon kaynakları, özel sektör ve sivil toplum olmuştur. İki yarımküreyi de kapsayan hayırsever kurumlar, kaynaklarının ölçeği doğrultusunda bu tür fonların nasıl yönetilmesi gerektiği ile ilgili sorular ortaya atarak, 1990'lardan bu yana küresel sağlıkta oldukça yayılmışlardır (Cohen, 1999). Bağışçı yönlendirmesiyle karar verme hakkındaki endişelerin yanı sıra mevcut koordinasyon, hastalık odaklı müdahalelere kısa vadeli vurgu ve alıcı ülkelerin üzerinde gereksiz yük yaratılması noktaları daha da kötüleşiyor olabilir (Barder & Birdsall, 2006) .

Son olarak, 1990'ların ortalarından bu yana KKÖO'lara, büyük ölçüde belli hastalıklar veya sağlık konularını hedefleyen önemli fonlar sağlanmıştır (Buse ve Walt, 2000). Hastalık odaklı yapıları gözönüne alındığında, mevcut KKÖO'ların SSB ile ilgilenmek için uygun mekanizmalar olması olası görünmemektedir. Aynı zamanda temel yapısal değişikliklerle yoksulluk ve eşitsizlik gibi sorunlarla ilgilenme ihtiyacı ve mevcut ekonomik düzendeki özel sektör "ortakları"nın kazanılmış hakları arasında potansiyel bir çıkar çatışması da vardır.

Genel olarak, SSB ile ilişkili kurumların içinde ve arasında fon sağlama açısından keskin orantısızlıklar vardır. Kalkınma amaçları için fon sağlama gönüllü olduğu ve büyük bağışçılar bu tip fonları ayırdığı sürece, SSB'yi hedef almak için kullanılabilecek küresel kaynaklar sınırlı olacaktır. Dahası, SSB'yi etkileyen siyasi yapılar, özellikle UFK'larda, altta yatan ekonomik ve siyasi oluşumlardaki büyük paydaşlar tarafından temel değişiklikler gerçekleşmediği takdirde, sağlık ile ilişkili kurumların fon sağlama kararlarının etkisi az olacaktır.

KÜRESEL YÖNETİŞİMDE LİDERLİK VE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

Liderlik "bir birey [veya kurumun] diğerlerini, üyeleri oldukları örgütlerin etkinliği ve başarısına katkıda bulunmak için etkileme, motive etme ve fırsat sağlama kabiliyeti" olarak tanımlanabilir (House, 2004, s.15). SSB ile ilişkili sağlık odaklı ve sağlık odaklı olmayan kurumlar arasında kabul edilmiş bir yetki kullanımı olarak liderliğin eksikliği açıkça görülmektedir. Resmi yetki bağımsız devletlerde olarak, hükümetler arası örgütler kendi isteklerine bağlı kalmaktadır. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (TKÇS) gibi uluslararası anlaşmalara devletin uyması, devletin rızasına bağlıdır ve uymama konusundaki yaptırımlar genellikle uygulanabilir değildir. Kendi bağımsızlıklarını, daha büyük güce sahip "ülkeler üstü" örgütlere bırakan çok az ülke vardır. AB'nin belli işlevleri, çok taraflı ticaret anlaşmaları ile birlikte bunlara örneklerdir.

Küresel seviyede üst tarafta kapsayıcı bir yasal veya siyasi yetkinin yokluğunda diğer liderlik şekilleri önem kazanmaktadır. Sağlıkta teknik liderlik, eşsiz teknik bilgi ve uzmanlığa erişimi olduğu geniş olarak kabul gören DSÖ için yaygın olarak tanımlanabilir. Üye ülkeler, özellikle düşük ve orta gelirli ülkeler DSÖ'nün adlandırma tahsisi, kılavuzlar ve standartlar yayınlama, araştırma, gözden geçirme ve işbirliği gibi çeşitli faaliyetleri üstlenmesine bel bağlamışlardır. Diğer kurumlar seçilmiş alanlarda uzman deneyimine sahipken DSÖ ve yaygın küresel ağları geniş kapsamlı sağlık deneyimi sağlayabilir. Anahtar soru, SSB konusunda ilerleme sağlamak için yalnız teknik liderliğin yeterli olup olmadığıdır.

Ahlaki veya etik liderlik de küresel yönetişimde önemli bir etken olarak düşünülebilir. Böyle bir güç, karar verme ve eylem kararı altında yattığı düşünülen belli değerlerin ve ilkelerin ortak şekilde desteklenmesinden doğar. SSB'yi etkileyen temel kararların hepsinde, (örneğin) toplumlarda ve ihtiyaçlarında kıt kaynakların tahsisi, sağlık hizmetlerine erişim ve öncelik belirlenmesini içeren kuralcı boyutların olduğu açıktır. İlk yirmi yılında, DSÖ'nün biyomedikal odaklanması bu tür değer yüklü seçimler ile sınırlı şekilde ilgilenmeyi getirmiştir. 1970'lere gelindiğinde, sağlığın daha geniş belirleyicilerine doğru ilerlemek için bir girişim sosyal adalet, hakkaniyet ve eşitlik ilkeleri ile yönlendirilmiştir. Bun-

lar, temel sağlık hizmetleri (TSH), temel ilaç listesi ve Uluslararası Anne Sütü Muadillerinin Pazarlanması Kanunu gibi çığır açan inisiyatifleri içermekteydi. Bazı yüksek gelirli ülkeler DSÖ'nün uygun olmayan şekilde "siyasi" konularla ilgilendiğini ileri sürdüler. Diğerleri ahlaki cesaretini ve liderliğini alkışladı ve "dünyanın sağlık bilinci" olarak rolünü desteklediler (Kickbusch, 1997). Hassas ve kenara itilen toplulukları temsil eden STK'ların da benzer bir rol oynadığı görüldü. İnsan hakları temelli yaklaşımların savunucuları bu çerçeveyi DSÖ'nün küresel sağlıktaki liderlik rolünün yeniden canlandırılması için zorunlu olan ahlaki ve siyasi odaklanmaya çok ihtiyaç duyulan bir geri dönüş olarak görmektedir. Bu şekilde, değişik küresel kurumların ahlaki ve etik bakış açıları günümüzde, küresel sağlıkta daha kalabalık bir politika alanı içinde liderlik için mücadele etmektedir (Lee ve Buse, 2006; Horton, 2006).

Son olarak, liderlik kesinlikle finansal ve diğer kaynakların kontrolünden doğmaktadır. DSÖ teknik ve ahlaki liderlik yapabilse de nispeten sınırlı kaynakları ve insan hakları eğilimi onun bu liderliği etkin şekilde yürütmesini önlemektedir. Dahası, sağlık sektörünün, KKÖO'ların yaratılması ve onlara fon sağlanması ile birlikte Dünya Bankası'ndan verilen kredilerle büyümesi, DSÖ'nün direktiflerini orantılı politika kararları ve eylemleri ile yürütme kapasitesini olumsuz etkilemiştir.

Genel kapsamda, SSB ile ilişkili küresel yönetişimde karar verici liderlik bağlamında tek bir kurum kabul edilmemektedir. Bunun yerine, belli kurumların içinde bulunan değişik liderlik şekilleri vardır. Bu karşılaştırmalı avantajlara dayanarak çalışmanın orantısal bir bölünmesi şeklinde görülebilse de uygulamada daha çok değişik yetki tiplerinin yanlış hizalanmasıdır. Dünya Bankası'nın SSB'yi adres göstermek için nispeten daha büyük kaynakları vardır ama pek çok ülkede ve STK'ların büyük kısmında, özellikle yönetişim yapısındaki yetersizliklerden dolayı kendisine güvenilmemektedir. DSÖ teknik uzmanlığı kabul etmiştir ama sınırlı finansal araçları vardır ve bu uzmanlığı uygulamak için diğer kurumlara güvenmek zorundadır. Daha sorunlu olan, DSÖ'nün ahlaki liderliğinin algılanmasındaki erozyondur. Bale (Bale, 2003) DSÖ'yü "ilaç sanayii ile ortaklıklar kurmaya" çağırırken Hardon (2003) DSÖ'nün eşitlik odaklı politikaları pahasına gereksiz ticari etki altına girdiğini ileri sürmektedir. Horton (2003) DSÖ'nün insan kalkınması ve BKH'ları gerçekleştirmek için bir araç olma temel amacı bağlamındaki işini tanımlayan, kalkınma ajansları ve bağışçılar ile küresel sağlık topluluğu için normlar ve standartlar koymaktaki tarihi öneme sahip rolünün "zarar verici şekilde yeniden yorumlanması" konusunda uyarıda bulunmaktadır. SSB ile ilgili kurumsal aktörlerin çeşitliliğine, özetle, eylemlerinin altında yatan farklı ideolojiler ve değer sistemleri eşlik etmektedir. Sosyal adalet ve eşitlik gibi belli normatif ilkeler etrafındaki görüş birliği pek çok kurumda güçlen-

miştir ancak eylemler bunu daima tam olarak takip etmemiştir. Aynı zamanda, ekonomik ve yönetimsel etkinlik gibi diğer değer sistemleri baskın kalmıştır.

SONUÇLAR

SSB ile ilişkili yeni ortaya çıkmakta olan küresel yönetişim yapısı aşağıdaki gibi nitelenebilir:

1. Belli konu alanlarında, özellikle ticaret, yatırım ve finans gibi ekonomik ilişkilerde "yoğun" yönetişim ama başta sosyal sektörler olmak üzere diğer konu alanlarında "daha seyrek" yönetişim. Çeşitli bireysel inisiyatiflerin yaratılması ile sonuçlanan, seçilen küresel sağlık konularına yakın zamanda artan ilgiye rağmen SSB'yi adres göstermede etkili küresel yönetişim kurumlarının inşa edilmesi ve çalıştırılmasında henüz yeterli önem verilmemiştir.
2. Devlet, piyasa ve sivil toplum kurumları arasındaki nispi denge son on yıllarda köklü şekilde kaymıştır. Özel sektör (piyasa), sivil toplum ve hayırseverlik küresel seviyede, küresel sağlık ile ilgili kurumlar dahil daha yaygın roller elde ederlerken devlet kurumları nispi bir çöküşe girmişlerdir.
3. Her tip kurum içinde, küresel seviyede daha az elde toplanmış, daha büyük bir güç yoğunlaşması vardır. Büyük ülkelerarası şirketler, büyük sanayileşmiş ülkeler ve çoğunlukla kuzey temelli "uluslararası" hükümet dışı kuruluşlar küresel yönetişimde baskın olmaya başlarken pek çok gelişmekte olan ülke hükümeti, küçük işletmeler ve güneyli hükümet dışı kuruluşlar ile STK'lar, mevcut mimari tarafından yalnız bırakılmaktadır. Ekonomik büyüme ile tanımlanan ekonomik küreselleşme, sosyal ve çevresel korumadan öncelikli hale gelmiştir.
4. SSB ile ilgili küresel kurumların bazı mekanizmalarını belli bir derecede yenilik nitelemektedir. Ancak, devlet dışı aktörlerin, en başta iş dünyasının, küresel yönetişimdeki temsilciliğini genişletmek için yapılan bu yeniliklere, ilgili BM kurumlarının gücünün eşzamanlı olarak azalması eşlik etmiştir. Ve bu şekilde, temel sağlık konularında küresel yönetişimde daha fazla parçalanma ve karmaşaya vesile olmuşlardır.

Yoksulluk azaltma stratejileri ve BKH'lar aracılığı ile çok sayıda kurumda SSB'ye giderek daha fazla önem verilmiştir. Ancak, bu inisiyatiflerin gerçek bir adanma eksikliğini hissettikleri ve uygulanmalarında dar şekilde yorumlandıkları, altta yatan yapısal etkenler yerine teknik müdahaleler ve ölçülebilir sonuçlara odaklandıkları konularında endişeler sürmektedir. Güçlü sağlık dışı çıkarlar bas-

kın gelirken, genel olarak sağlık konularında ve özellikle SSB için yeterli dikkati ve siyasi önceliği elde etmekte büyük güçlükler bulunmaktadır.

Özetle, iyi yönetişimin anahtar kriterleri ile değerlendirildiğinde, küresel kurumlar SSB ile başa çıkmakta zarar verici olan çok sayıda zayıflık göstermektedir:

1. Küresel kurumları genel olarak niteleyen, uzun süredir devam eden *işbirliği ve uyumluluk sorunları*, SSB ile ilgili kurumlara da uzanmaktadır. Sonuçtaki direktifler, faaliyetler, yetki ve kaynak kırkyaması SSB ile başa çıkmak için üzerinde anlaşmaya varılan bir planın veya stratejik görüşün eksikliğini yansıtmaktadır.
2. *SSB'yi etkileyen kilit küresel kurumların yetersiz şeffaflık ve sorumluluk sistemleri vardır.* Daha eleştirel bir şeffaflık ve sorumluluk mekanizmasına hâlâ ihtiyaç duyulmaktadır. En başta, toplu şeffaflık ve sorumluluğu garantilemek için küresel kurumlar içinde ve arasında genel bir "denetim ve denge" sistemine ihtiyaç duyulmaktadır.
3. SSB ile ilgili küresel kurumlarda *temsili çeşitlendirmek* için bazı çabalar gösterilmiştir ama içlerinde *gücü yeniden dağıtmak* için gösterlen çabalar çok sınırlı kalmıştır.
4. Küresel sağlık için ayrılan kaynaklar son yıllarda artmıştır (örn. grip salgını gibi küresel sağlık konularında işbirliğini güçlendirmek için GPPP'lere ve inisiyatiflere verilen kaynaklar). Ancak, *kaynak hareketlendirme ve tahsis etme yönetişimi sıkı şekilde büyük bağışçıların elinde kalmıştır.* Kararlar, yabancı ve ekonomik politika hedeflerine karşı sorumluluğu yansıtmaya ve kısa vadeli projelerle ölçülebilir sonuçları tercih etmeye devam etmektedir.
5. Resmi olarak tanınan yetki açısından küresel kurumlar arasında SSB'yi etkileyen *bariz bir genel liderlik eksikliği* mevcuttur.

Ulusal seviyede iyi yönetişimin SSB'yi adres göstermek için önemli bir etken olduğu konusunda güçlü kanıtlar vardır. SSB'ye yönelik ulusal yönetişimde güçlü ve zayıf yanlar hakkındaki kanıtlar küresel yönetişime de uygulanabilir, çünkü küresel çapta iyi yönetişimin SSB'yi ele almaya nasıl katkıda bulunabileceğinin tam olarak değerlendirilmesine ihtiyacı vardır.

Bulgularımız yirmi birinci yüzyılın başlarındaki ihtiyaçlar, öncelikler ve siyasi kültür bağlamında küresel yönetişimin yapısında temelden bir gözden geçirmeye ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Böyle bir sürecin açıkça SSB'den öteye geçerek 1940'larda öncelik olarak tanınmayan çevre sürdürülebilirliği gibi diğer endişelere ulaşması gereklidir. Ancak SSB, süreçte net merkezi bir rol oynamalıdır. Bu kadar büyük ama önemli bir inisiyatif için küresel, kurumsal ve hükü-

metlerarası destek kurmak DSÖ'nün bu hedefi üye ülkeleri ve küresel kurumsal ortakları arasında teşvik etmesini gerektirir.

Bu tür bir reform süreci ilk olarak sağlık odaklı olan ve olmayan kurumların bireysel ve toplu olarak çeşitli SSB'leri üzerindeki fiili ilgi ve etkileri açısından; yönetişim yapılarının bu bağlamdaki etkilerinin daha eleştirel, ayrıntılı ve sistematik bir değerlendirmesine ihtiyaç duyar. DSÖ benzer şekilde, ortak kurumlar, STK'lar ve bağımsız araştırmacılar/bilim adamları ile birlikte çalışırken bu görevi üstlenip kurumsal liderliği alabilir.

Bu tür bir görevlendirmede ilk adım, bu bölümde tartışılan ön kriterlere dayanarak SSB ile ilişkili iyi küresel yönetişim kriterlerinin geliştirilmesidir. Daha büyük küresel yönetişim reformunun bir ilk ürünü olarak, DSÖ'ye üye ülkelerin DSÖ'ye daha fazla çekirdek fon sağlamanın yanı sıra SSB'yi adres gösterirken kendilerinin daha yüksek öncelik vermeleri desteklenebilir. DSÖ bu önceliği, büyük miktarda ve eşit oranlı çekirdek fon tahsis ederek, daha fazla sosyal bilim insanı ve hemşire çalıştırarak ve personelinin buna karşılık gelen kapasitesini arttırarak yansıtabilir.

Dahası DSÖ'nün, SSB'yi adres göstermek için bilimsel ve teknik destek sağlamakta lider rolünü oynaması ve kendi çalışmalarını SSB'ye daha fazla vurgu yapacak şekilde odaklaması gerekir. Sağlık ve kurumsal yapı anlayışı da dikey, hastalığa özel ve biyomedikal odaklı bir modelin ötesinde daha bütünsel ve çok disiplinli bir modele kaymalıdır. Bu lider rolünü etkin şekilde oynamak için DSÖ'nün bölgesel çıkarlardan bağımsızlığının ve üye ülkelere karşı sorumluluğunun simetrikliğinin daha etkin şekilde sağlanması gerekir.

SSB'ler ile etkin şekilde başa çıkılacaksa daha güçlü bir fikir birliği ve ilgili küresel kurumların daha uyumlu işbirliğine olan ihtiyaç bakidir. BM'in Ekonomik ve Sosyal Konseyi bu çalışma için resmi olarak görevlendirilen DSÖ ile kendisine karşı sorumlu olan DSÖ dahil ilgili BM örgütleri ile birlikte güçlendirilebilir. Bu çalışmada insan hakları temelli yaklaşım, anahtar analitik ve normatif çerçeve ve savunma aracı olarak kullanılmalıdır. DSÖ'ye ilave olarak, politikaları SSB üzerinde önemli etkilere sahip olan küresel kurumlar, başta Dünya Bankası, IMF ve DTÖ, anahtar karar verici organlarında ve SSB'yi önemli ölçüde etkileyen konulardaki görüşmelerinde sağlık bakanlıkları ve ilgili STK'ları dahil etmek zorunda olmalıdır.

Son olarak, alternatif finansman mekanizmaları, bireysel bağışçıların siyasi müdahalesinden daha bağımsız olarak sistematik şekilde değerlendirilmeli ve benimsenmelidir.

KAYNAKLAR

AusAID. (2006). *Good governance: Guiding principles for implemetation.* Conberra: AusAID.

Bale, H., (2003). WHO should build partnerships with the parmaceutical industry to improve public health. *Lancet,* 361, 4.

Benerjee, A., Deaton, A., Lustig, N., Rogoff, K., & Hsu, E. (2006). *An evaluation of World Bank Research, 1998-2005.* Washington, DC: World Bank. Retrieved from: http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/84797110936223800 1/726454-1164121166494/RESEARCH-EVALUATION-2006-Main-Report.pdf.

Barder, O., & Birdsall, N. (2006). *Payments for progress: a hands-off approach to foreign aid.* CGD Working Papers No. 102. Washington, DC: Center for Global Development.

Barnett, M. (2005). *Power in global governance.* Cambridge: Cambridge University Press.

Biden, J. R. (2001). "Floor statement: Helms-Biden legislation on UN arrears." Statement to the U. S. Senate, Washington, DC, February 7 [online]. Retrieved from: http://biden.senate.gov/newsroom/details.cfm?id=229891&&.

Birdsall, N. (2006). *Stormy days on an open field: Asymmetries in the global economy.* Reearch Papers No. 2006/31. Helsinki: World Institute for Development Economics Research. Retrieved from: http://www.wider.unu.edu/publications/rps/rps2006-31.pdf.

Blagescu, M., de Las Casas, L., & Lyloyd, R. (2005). *Pathways to accountability: A short guide to the GAP Framework.* London: One World Trust.

Blagescu, M., & Lloyd, R. (2006). *2006 Global Accountability Report: Holding power to account.* London: One World Trust.

Bloche, M. G. (2002). WTO deference to national health policy: Toward an interpretive principle. *Journal of International Economic Law,* 5, 825-48.

Braithwaithe, J., & Drahos, P. (2004). *Global business regulation.* Cambridge: Cambridge University Press.

Buse, K., & Walt, G. (1997). An unruly mélange? Coordinating external resources to the health sector: A review. *Social Science and Medicine,* 45, 449-63.

———. (2000). Global public-private partnerships: Part I-a new development in health? *Bulletin of the World Health Organization,* 78, 549-61.

Cohen, D., & Laporte, B. (2004). *The evolution of the knowledge bank.* Retrived from: http://siteresources.worldbank.org/KFDLP/Resources/461197114859471796 5/EvolutionoftheKnowledgeBank.pdf.

Cohen, J. (1999). Philanthropy's rising tide lifts science. *Science,* 286, 214.

Collin, J., Lee, K., & Bissell, K. (2002). The Fromework Convention on Tobacco Control: The politics eof global health goverance. *Third World Quarterly,* 23, 265-82.

Commission on Global Governance. (1995). *Our global neighbourhood: Report of the Commission on Global Goverance.* Oxford: Oxford University Press. retrieved from: http://www-old.itcilo.org/aectrav/actrav-english/telearn/global/ilo/globe/gove.htm.

Cornia, G. A., Jolly, R., & Stewart, F. eds. (1987). *Adjustment with a human face. Vol. 1: Protecting the vulnerable and promoting growth.* Oxford: Clarendon Press.

Deacon, B., Ollila, E., Koivusalo, M., & Stubbs, P. (2003). *Global social governance: Themes and prospects.* Helsinki: Ministry of Foreign Affairs for Finland.

Dobriansky, P. (2003). Principles of good governance. U. S. Undersecretary of State for Global Affairs [online]. Retrieved from: http://usinfo.state.gov/journals/ites/0303/ijee/dobriansky.htm.

Dodgson, R., Lee, K., & Drager, N. (2002). *Global health governance: A conceptual review* [online]. Discussion paper No. 1. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine/WHO Department of Health and Development. Retrieved from: http://www.Ishtm.ac.uk/cgch/globalhealthgovernance.pdf.

Falk, R. (1999). *PRedatory globalization.* London: Polity Press.

Fidler, D. (2005a). Health, globalization and governance: An introduction to public health's "new world order." In K. Lee & J. Collin (eds.), *Global change and health* (pp. 161-77). Maidenhead, UK: Open University Press.

———. (2005b). From international sanitary conventions to global health security: The new international health re4ulations. *Chinese Journal of International Law,* 4 (2), 1-68.

Grindle, M. S. (2004). Good enough governance: Poverty reduction and reform in developing countries. *Governance,* 17, 525-48.

Hardon, A. (2003). New Who leader should aim for equity and confront undue commercial influences. *The Lancet,* 361, 6.

Held, D. (1995). *Democracy and the global order.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Horton, R. (2003). WHO's mandate: A damaging reinterpretation is taking place. *The Lancet,* 360, 960-61.

———. (2006). The next drector-general of WHO. *THe Lancet,* 368, 1213-14.

House, R. J. (2004). *Culture, leadership, and organizations: The GLOBE study of 62 societies.* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Hunt, P. (2005b). *Economic, social and cultural rights: The right of everyone to the enjoment of the highest attainable standard of physical and mental health.* Report of the Special Rapporteur—E/CN.4/2005/51. Geneva: United Nations Economic and Social Council. retrieved from: http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/108/93/PDF/G0510893.pdf?OpenElement.

Huther, J., & Shah, A. (1998). *Applying a simple measure of good governance to the debate of fiscal decentralization.* World Bank Policy Research Working Paper No. 1894. Washington, DC: World Bank.

International Labour Organization. (2004). *A fair globalization: Creating opportunities for all.* Report of the World Commission on the Social Dimensions of Globalization. Gneva: International Labour Organization. Retrieved from: http://www.ilo.org/public/english/wcsdg/docs/report.pdf.

———. (2006). *The end of child labour: Within reach-Global Report under the follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work.* Geneva: International Labour Office. Retrieved from: http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc95/pdf/rep-i-b.pdf.

Kickbush, I. (1997). Think health: What makes the difference? *Health Promotion International,* 12, 265-72.

———. (2003). Global health goverance: Some theoretical considerations on the new political space. In K. Lee (ed.), *Health impacts of globalization: Towards global governance* (pp. 192-203). London: Palgrave Macmillan.

Koivusalo, M. (2003). *The impact of WTO agreements on health and development policies.* Global Social Governance. Themes and Prospects. Helsinki: Globalism and Social Policy Programme. Retrieved from: www.gaspp.org.

Koivusalo, M., & Ollila, E. (1997). *Making a healthy world.* London: Zed Books.

Labonté, R., Schrecker, T. (2007a). Globalization and social determinants of helath: Introduction

and methodological background (part 1 of 3). *Globalization and Health,* 3, 1-10.

———. (2007b). Globalization and social determinants of health: Promoting health equity in global governance (part 2 of 3). *Globalization an Health,* 3, 1-15.

———. (2007c). Globalization an social determinants of health: The role of the global marketplace (part 3 of 3). *Globalization and Health,* 3, 1-17.

Lee, E., & Vivarelli, M. (2006). Assuming the mantle: The balancing act facing the new director-general. *Journal of the Royal Society for Medicine,* 99, 494-96.

Lee, K., Collinson, S., Walt, G., & Gilson, L. (1996). Who should be doing what in international health: A confusion mandates in the United Nations? *Britsh Medical Journal,* 312, 302-07.

Leftwich, A. (1994). Governance, the state and the politics of development. *Development and Change,* 25, 363-86.

Lucas, A., Mogedal, S., Walt, G., Hodne Steen, S., Kruse, S. E., Lee, K., et al. (1997). *Cooperation for health development: The World Health Organization's support to programmes at country level.* London: Governmentes of Australia, Canada, Italy, Norway Sweden and UK.

Malhotra, K., (2002) *Making global trade work for people.* New York: UNDP/Rockefeller Brothers Fund.

Martin, G. (2006). The global health goverance of antimicrobial effectiveness. *Global Health,* 2, 7.

Martinez, J. (2006). *Implementing a sector wide approach in helath: The case fo Mozambique.* London: HLSP Institute. Retrieved from: http://www.hlspinstitute.org/files/project/100615/Mozambique_SWAP.pdf.

McGrew, A. (2000). Power shift: From national government to global governance? In D. Held (ed.), *A globalizing world? Culture, economics, politics* (pp. 125-66). London: Rautledge.

McGrew, A., & Held, D., eds. (2002). *Governing globalization, power, authority and global goveranance.* London Polity Press.

Microcredit Summit Campaign/United Nations Population Fund. (2005). *From microfinance to macro change: Integrating health education and microfinance to empower women and reduce poverty.* New York. Retrieved from: http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file /530_filename_advocacy.pdf.

Must, E. (2001). *International Tobacco Growers' Association,* (ITGA). *ITGA uncovered: Unravelling the spin-the truth behind the calims.* Ottawa: PATH Canada. Retrieved from: http://www.heealthbridge.ca/assets/images/pdf/Tobacco/Publications/itgabr.pdf.

Neidell, S. (1998). Women's empoverment as a public problem: A case study of the 1994 International Conference on Population and Development. *Population Research and Policy Review,* 17, 247-60.

Ng, F., & Yeats, A. (1999). *Good governance and trade policy: Are they the keys to Africa's global integration and growth?* World Bank Policy Research Working Paper No. 2038. Washington, DC: World Bank.

Ollila, E. (2003). *Global health-related public-private partnerships and the United Nations.* Globalisation and Social Policy Programme Policy Brief No. 2. Helsinki: GASPP.

———. (2005). Restructuring global health policy making: The role of global public-private partnership. In M. McIntosh & M. Koivusalo (eds.), *Commercialization of health care: Global and local dynamics and policy responses* (pp. 187-200). Houndmills, UK: Palgrave.

Organisation for Economic Cooperation and Development. (2003). *Policy coherence: Vital for global development.* Paris: OECD. Retrieved from: http://www.oecd.org/dataoecd /11/35/20202515.pdf.

Pan American Health Organization. (2000). *Revolving fund* [online]. Retrieved from: http://www.paho.org/english/hvp/hvi/revol_fund.htm.

Pangestu, M. (2001). *Social impact of globalisation in Southeast Asia.* No. 187. Paris: OECD. Retrieved from: http://eldis.org/cache/DOC8096.pdf.

Ranson, M., Beaglehole, R., Correa, C., Mirza, Z., Buse, K., & Drager, N. (2002). The public health implications of international trade. In K. Lee, K. Buse, & S. Fustukian (eds.), *Health policy in a globalising world* (pp. 18-40). Cambridge: Cambridge University Press.

Reinicke, W., Deng, F., Benner, T., & Witte, J. M. (2000). *Critical choices: The United Nations, networks, and the future of global goverance.* Ottawa: IDRC Publishers.

Richter, J. (2002). *Holding corparations accountable: Corparate conduct, international codes, and citizen action.* Lonton: Zed Books.

———. (2004). Public-private partnerships for health. A trend with no alternatives? *Development,* 47, 43-48.

Rosenau, J. N. (1995). Governance in the twenty-first century. *Global Governance,* 1, 13-43.

Shiffman, J. (2006). Donor funding priorities for communicable disease control in the developing world. *Health Policy and Planning,* 21, 411-20.

Smith, R., Beaglehole, R., Woodward, D., & Drager, N., eds. (2003). *Global public goods for health. Health economic and public health perspectives.* Oxford: Oxford University Press.

Solar, O., & Irwin, A. (2006). Social determinants, political contexts, and civil society action: A historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promation Journal of Australia,* 17, 180-85.

Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K., eds. (2006b). *Health in all policies: Prospects and potentials.* Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health. Retrieved from: http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf.

Stiglitz, J., & Charlton, A. (2004). Common values for the Development Round. *World Trade Review,* 3, 495-506.

UN Millennium Project. (2005). *Investing in development. A practical plan to achieve the Millennium Development Goals.* London: Earthcan. Retrieved from. http://www.unmillenniumproject.org/documents/MainReportCompletelowres.pdf.

UNICEF (2005). *Child poverty in rich countries 2005.* Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre. Retrieved from: http://www.unicef.org/brazil/repcard6e.pdf.

United Kingdom Depratment for International Development. (2001). *Sector-wide approaches (SWAps): Key sheets for sustainable livelihoods.* London: Department for International Development. Retrieved from. http://www.keysheets.org/red7_swaps_rev.pdf.

———. (2006). Policy coherence for development. Department for International Development [online]. Retrieved from: http://www.dfid.gov.uk/mdg/aid-effectiveness/policy-coherence.asp.

United Nations. (1995). *Report of the World Summit for Social Development.* No. A/RES/55/2. New York: United Nations.

———. (2000). Resolution adopted by the General Assembly: Further initiatives for social development. In *A/RES/S-24/2.* New York: United Nations.

———. (2004). United Nations Millennium Declaration. In *A/RES/55/2.* New York: United Nations.

United Nations Development Program. (1997). Governance for sustainable human development [online]. http://mirror.undp.org/magnet/policy/.

United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2007). *Whot is good governance?* Bangkok, Thailand: United Nations Economic and Social Commission for Asian and the Pacific. Retrieved from: http://www.unescap.org/pdd/prs/Project Activities/Ongoing/gg/governance.pdf.

van Diesen, A., & Walker, K. (1999). *The changing face of aid to Ethiopia: Past experience and emerging issues in Britsh and EC aid.* London: Christian Aid. retrieved from: http://www.christian-aid.org.uk/indepth/9901ethi/ethiopi1.htm.

Vaughan, J. P., Mogedal, s., Kruse, S., Lee, K., Walt, G., & de Wilde, K. (1995). *Cooperation for health development. Extrabudgetary funding in the World Health Organization.* Oslo: Governments of Australia, Norway and UK.

Walth, G., Pavignani, E., Gilson, L., & Buse, K. (1999). Health sector development: From aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning,* 14, 207-18.

Ware, G. (2006). Filling the regulatory gap: The emerging transnational regulator. *Global Governance,* 12, 135-39.

Wei, S. J. (2000). *Natural openness and good government.* Policy Research Working Paper No. 2411. Washington, DC: World Bank.

Wolfowitz, P. (2006). *Good governance and development: A time for action (speech).* Jakarta, Indonesia.

Woodward, D. (2005). The GATS and trade in health services: Implications for health care in developing countries. *Review of International Political Economy,* 12, 511-34.

World Bank. (1994). *Governance: The World Bank experience.* Washington, DC: IBRD.

———. (2006). *PRSP sourcebook.* Retrieved from:http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTPRS/0,contentMDK:20175742 & pagePK: 210058 & piPK:210062 & theSitePK:384201,00.html.

World Health Organization. (1999). *Management of childhood illness in developing countries: Rationale for an integrated strategy.* Geneva: WHO Department of Child and Adolescent Health and Development. Retrieved from: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/WHO_CHS_CAH_98.1/Rev99.A.pdf.

———. (2001). *Strategic alliances: The role of civil society in health.* Geneva: Civil Society Initiative, External Relations and Governing Bodies. Retrieved from: http://www.who.int/civilsociety/documents/en/alliances_en.pdf.

World Social Forum. (2006). World Social Forum India [online]. Retrieved from: http://www.wsfindia.org/.

Zammit, A. (2003). *Development at risk: Rethinking UN-bussiness partnerships.* Geneva: South Centre/United Nations Research Institute for Social Development. Retrieved from: http://www.globalpolicy.org/reform/business/2003/risk.pdf.

13. Bölüm

HAKLAR, GELİRİN YENİDEN DAĞITIMI VE REGÜLASYON

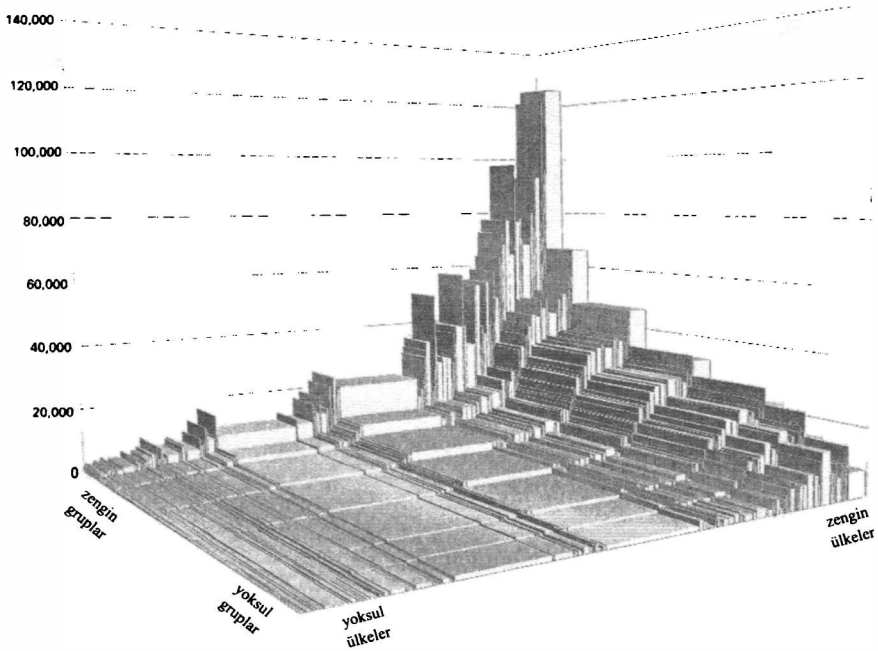
Ronald Labonte ve Ted Schrecker

GİRİŞ

Beşinci Bölümün yazarları Birdsall'ın küreselleşmeyi "eşitliği bozucu" olarak tanımlamasına ve bunun üç ayrı ama birbirleriyle ilişkili "asimetri" oluşturduğundan söz etmesine işaret etmişti. Bu asimetriler her yıl yaşanan ve rahatlıkla önlenebilecek milyonlarca ölümün sayısını sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB) yoluyla azaltmaya yönelik herhangi bir ciddi çalışmada birden fazla kurumsal düzeyde ele alınmalıdır. Günümüz dünya ekonomik düzeninde, bir azınlık için eşi görülmemiş refah (Şekil 13.1)[1], milyarlarca insanın sağlık düzeyi üzerinde çarpıcı etkileri de olan kitlesel yoksunluklarla beraber varolmaya devam etmektedir. Tek bir örnek vermek gerekirse Kanadalı kadınların yaşamları boyunca hamilelik ve doğum komplikasyonlarından ölme riski 11.000'de birdir. Öte yandan, bu oran dünyanın en yoksul ülkelerinden biri Nijer'deki kadınlar için yedide birdir (Say, Inoue, Mills ve Suzuki, 2007). Sanayileşmiş dünya dışındaki ülkelerin yoksulluktan kurtulma ve daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşma (ve sağlık eşitsizliğini azaltma) imkanını varsayan politika reçeteleri, geçen iki veya üç yüzyılda denenmiş ve kusurlu bulunmuştur.

Bu süreçte neoliberal sosyal ve ekonomik politikalar, pragmatik gerekçelerle," işleyen" biricik politikalar oldukları iddia edilerek teşvik edilmiştir. Bu iddianın yüzeysel inandırıcılığı, sosyal ve ekonomik politikaların uygulandığı bağlamı yaratan yakın tarih ve bu yakın tarihin Birdsall'ın tanımladığı asimetrileri

[1] Bu şekil küresel ekonomik eşitsizliğe dair yapılmış çok boyutlu bir değerlendirmenin (Sutcliffe, 2005) Dünya Bankası'nın en yeni verilerine göre güncellenmiş halidir. Hem ülke içinde hem de ülkeler arası gelir dağılımını küresel onda birlikleri temel alarak (satın alma gücüne göre düzeltilmiş şekilde) göstermektedir. Grafikte ülkelere, nüfuslarına göre belirli sayıda sıra ve sütun ayrılmıştır. "Dolayısıyla, her ülke her 10 milyonluk nüfusu için bir sıra ve bir sütun alır. Bu, büyük ülkelerin oldukça doğru gösterildiği ama çok küçük olanların grafikte dünyada kapladığından daha fazla yer kapladığı anlamına gelir- grafik 6000 yerine 60000 sütuna sahip olmadığı sürece kaçınılması mümkün olmayan bir taviz" (B. Sutcliffe, kişisel görüşme, Mart 2007). Grafik, ülke içi gelir dağılımı eşitsizliği kişi başına gelir bakımından görece yoksul olan bazı ülkelerde bile dramatik seviyelerde olsa da, dünya çapındaki gelir dağılımının tepe noktalarının zengin ülkelerdeki görece zengin bireyler tarafından işgal edildiğini göstermektedir. "ABD vatandaşlarının en üstteki onda birlik kesimi şu an dünyadaki en yoksul 2 milyar 200 milyon insanla aynı geliri elde etmektedir" (Sutcliffe, 2005, s. 12)



Şekil 13.1 Onluk birimler halinde kişi başı yıllık gayri safi milli gelir (satın alma gücü paritesi olarak ABD Doları). © 2007 Bob Sutcliffe. İzinle kullanılmıştır.

nasıl cisimleştirdiği hakkındaki sistematik bellek kaybına dayanmıştır. Bu asimetrilerin uç örneklerinden biri ABD'nin, başta Şili'deki Salvador Allende yönetimi olmak üzere eşitlikçi hükümetlere karşı düzenlenen darbelere destek vermesidir (Üçüncü Bölüme bakınız). Daha sık olarak, neoliberal politikaların teşvik edilmesi uluslararası finansman kurumlarının borçlara iliştirdiği şartlılık ilkeleri ve –beşinci kısımda işaret edildiği gibi– teknolojik değişimin ve finansal deregülasyonun ulusal hükümetlere menkul finansal varlık sahiplerine empoze etme imkanı verdiği "dolaylı şartlılık ilkeleri" şeklini almıştır.

Pek çok yazarın belirttiği gibi küreselleşme dünya çapında sağlık eşitsizliğini azaltma bakımından büyük yararlar sağlayabilirdi. Ama bu, çoğunlukla küreselleşmeyi "düzenlemek", bazen de olumsuz etkilerini iyileştirmek şeklinde tanımlananların çok ötesinde değişimler gerektirirdi (örneğin, bu kitabın Altıncı Bölümündeki sosyal koruma tartışması). Biz bu bölümü 12. Bölümdeki tartışma üzerine kuruyor ama onun ötesine geçiyoruz.

ÖNCELİKLE ZARAR VERME

Başlangıç noktası, geçtiğimiz otuz yıldaki pek çok neoliberal politikanın, savunucularının iddia ettiği sonuçları vermekte başarısız olduğunun kabul edilme-

si olmalıdır. Yani, genel politika önerisi şu olmalıdır: **Öncelikle zarar verme**. Daha açık söylersek, sağlık eşitsizliğini bariz biçimde artıran, örneğin sağlıkla ilişkili temel ihtiyaçların kamusal sunumunu kısıtlayan veya bunların ticarileşmesine sebep olan politika tedbirlerini terket.

Sekizinci Bölüm, Dünya Bankası'nın özel sigorta ve maliyet geri kazanımı üzerinde durarak sağlık hizmetlerinin ticarileşme doğrultusunda yeniden düzenlenmesini desteklemesini ve böylece hastalıkların hem doğrudan hem de dolaylı maliyetlerini artırması sürecini anlatmıştı. Kronik yoksulluk üzerine yazılmış yakın tarihli bir raporun, kırsal bölgelere özel atıf yaparak "kötü sağlığın ve sağlık maliyetlerinin ailelerin yoksullaşmasının ezici bir biçimde en önemli sebebi olduğu"nu (Addison ve ark., 2008, s.14) belirtmiş olmasına rağmen, sağlıkta hakkaniyet alanındaki gelişmeler özellikle rahatsız edicidir. Gelir, gelir güvencesi ve Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu (IMF) borçlanmalarına iliştirilen yapısal dönüşüm şartlılık ilkelerinin sosyal koruma üzerindeki etkilerinin yaygın biçimde eleştirilmesinin yanında (bu kitabın 1. Bölümündeki tartışmaya bakınız), yakın dönemli kanıtlar IMF'nin direttiği ücret giderlerine üst sınır belirlenmesi uygulamalarının hükümetlerin – özellikle Sahra altı Afrika'daki hükümetlerin– sağlık ve eğitim alanlarında harcama yapma olanağını kısıtladığına ve böylece borç silinmesi ve kalkınma yardımının getirdiği faydaların aleyhine bir sonuç doğurma potansiyeli gösterdiğine işaret ediyor (daha kapsamlı bir analiz için bakınız: bu kitabın 7. Bölümündeki tartışma ve Center for Global Development, 2007; Bağımsız Değerlendirme Ofisi, 2007; Ooms, Van Damme, Baker, Zeitz, & Schrecker, 2008). Bu tutumu için IMF'yi eleştirmek, yükümlülükleri düşünüldüğünde pek adil olmayacaktır: adil olan –ve bizce temel olan– insan ihtiyaçlarını karşılamayı vurgulayan ve bunu küresel yeniden dağıtım mekanizmalarıyla destekleyen bir grup değere dayalı bir politika tutarlılığında ısrar etmektir.

Yakın tarihli bir DSÖ raporunda (World Health Organization/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation, 2008) suyun ve temizlik hizmetlerinin sağlığın belirleyicileri olarak öneminin altının çizilmesinden hareketle, bu hizmetleri küreselleşmenin erişimi ve alım gücünü etkilemesine ek örnekler olarak kısaca incelemek faydalı olacaktır. IMF borçlanma politikaları sistematik biçimde su hizmetlerinin özelleştirilmesini, kamunun sahip olduğu kuruluşların tam maliyet geri kazanımına dayanan ticari ilkelere göre işletilmesini veya bunların ikisini birden teşvik etmiştir (Grusky 2001). Grusky'e göre "suyun özelleştirilmesi ve tam maliyet geri kazanımını içeren IMF şartlarına tabi kılınan ülkeler çoğunlukla Afrika ülkeleri ve en küçük, yoksul ve borçlu ülkelerdi". Ancak, özelleştirmenin daha yüksek kalite, daha erişilebilir ve karşılanabilir hizmetler sağlayamadığı; hatta pek çok örnekte erişim masrafını artırdığına yönelik pek çok kanıt mevcuttur (Loftus & Mc Donald, 2001; Jaglin, 2002;

McDonald 2002; Budds & McGranahan, 2003; International Consortium of Investigative Journalists; Freedom from Debt Coalition 2005; Cashmore, Gleick, Newcomb, Morrison & Harrington, 2006; Public Services International Research Unit, 2006). Hakkaniyet perspektifi açısından daha tercih edilebilir bir alternatif strateji suyla ilgili hizmetlerin, bunlara erişim sağlıkla ilgili temel bir insan ihtiyacı olduğundan ve dolayısıyla halen tartışılmakta da olsa Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi tarafından bir insan hakkı olarak tanındığından (Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2003)[2] meta olmaktan çıkarılması gerekmektedir. Meta olmaktan çıkarma stratejileri hakların sadece resmi olarak tanınmasını değil, bunların, kaynakların ödeme gücünden bağımsız olarak hizmet sağlama hedefini destekleyecek şekilde hem yerel imkanlarla hem de (en azından dar gelir grubundaki ülkelerde) kalkınma yardımları yoluyla seferber edilmesinin temeli olarak kullanılmasını gerektirir. İnsan haklarının doğasıyla ilgili bu konu bu bölümün devamında ele alınacaktır.

KÜRESEL PİYASAYA KARŞI HAKLAR

Birleşmiş Milletler'in 1995 Kopenhag sosyal politika zirvesinden 10 yıl sonra Finlandiya Refah ve Sağlık için Ulusal Araştırma ve Kalkınma Merkezi (STAKES) ekonomik ve sosyal politikaların, aşağıdaki üç ilke çerçevesinde düzenlenmesi gereğini savunmuştur:

1) Yoksul ülkelerin insan ihtiyaçlarını karşılayabilmesini mümkün kılacak şekilde kaynakların sistematik olarak ülkeler ve bölgeler arası **yeniden dağıtımı**
2) Küresel ekonomiye sosyal bir amaç kazandırmak üzere etkin uluslarüstü **düzenlemeler**
3) Bir ülke vatandaşı ve sakinlerinin hukuki tazminat aramalarına imkan verecek şekilde uygulanabilir sosyal **haklar** (Deacon, Ilva, Koivusalo, Ollila & Stubbs, 2005).

Buradaki politika önerisi ulusal hükümetlerin yukarıdaki üç ilkenin gereğini yerine getirmeye çalışmasını ve genel olarak da hem zengin hem de yoksul ülkelerde hükümetlerden daha fazla şey talep edilmesini savunma konusunda nettir. Aynı zamanda, ulusal ve ulusaltı hükümetlerin seçenekleri küreselleşme ve çeşitli ulusüstü kurumlar ve süreçler tarafından sınırlanmıştır. Bu kısıtlamaların yalnızca bazıları ticaret anlaşmaları gibi formel düzenlemelerin içinde yer alır; diğerleri ise küresel mali piyasaların etkinliklerinden ve doğrudan yabancı yatırım ve taşeronlara verilmiş, üretim için rekabetin "ortalama seviyenin altında makro-

[2] Bunun politik çıkarımlarının açıklama va analizi için bakınız; World Health Organization, 2003; Mehta & Madsen, 2004, 2005; Mehta, 2005.

ekonomik şartlara, hizmetlere ve emek piyasası esnekliğine sahip merkezleri acımasızca gözden çıkardığı" (World Bank, 1999, s.50) politik ortamdan kaynaklanır. Dolayısıyla, Komisyon Başkanı Sör Michael Marmot'un sözleriyle "insanların önem taşıdığı ve toplumsal adaletin üstün değer olduğu bir toplumsal vizyona" (2005, s. 1099) *ulaşmak ulusal hükümetler ve çokuluslu kurumların uluslararası ölçekte eşgüdümlü eylemlerini gerektirir.*

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (SSB) Komisyonu için hazırlanmış önemli bir arka plan belgesi şu sonuca varmıştır: "uluslararası insan hakları çerçevesi SSB'ye yönelik eylemlerle sağlıkta hakkaniyete doğru ilerlemeyi sağlayacak uygun kavramsal yapıdır" (Solar & Irwin, 2007, s. 8). Uluslararası hukukun bu alana dair başlıca metinleri şunlardır: "herkes kendisinin ve ailesinin sağlığı ve esenliğini sağlamaya yetecek bir yaşam standardına kavuşma hakkına sahiptir" (25. madde) diyen 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (İHEB); "herkesin elde edilebilir en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık düzeyine ulaşma hakkına" işaret eden 1966 tarihli Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (ESKHUS); ve devletlerin bu sözleşmenin 12. Maddesi altında sıralanan haklara "saygı duyma", bu hakları "koruma" ve bunlardan doğan sorumluluklarını "yerine getirme" konusundaki yasal yükümlülüklerine[3] atıf yapan Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi'nin yayınladığı 14. Genel Açıklama (2000). Yerleşmiş mantık, bu yükümlülüklerin yalnızca ulusal hükümetlerin kendi sınırları içerisinde yaşayan insanlara yönelik eylemlerini bağladığını söyler. Oysa Amerika Birleşik Devletleri'nin imzalamadığı 1966 Sözleşmesi'ni göz önüne almasak bile, Pogge'nin İHEB'in "herkesin bu Bildirgede öngörülen hak ve özgürlüklerin gerçekleşeceği bir toplumsal ve uluslararası düzene hakkı vardır" diyen 28. maddesinden doğan, sınır ötesi yükümlülükler hakkındaki fikrini (2002, 2005) dikkate almamız gerekir.

2002 yılında Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu, ESKHUS'un 12. maddesi üzerinde çalışması için üç yıllığına özel bir raportör atadı (atama 2005'te yenilendi, 2008'de ise bu kez farklı bir raportör atandı). Görev yaptığı altı yıl boyunca Özel Raportör Paul Hunt sağlık çalışanı göçü, yoksullukla mücadele stratejileri, ticaret anlaşmaları, sağlık sistemleri, ruh sağlığı hizmetleri, ihmal edilmiş hastalıklar, ilaca erişim, yerli halkların anne sağlığı ve sağlık hakkı bakımından durumu gibi konularla uğraştı (Labonte et al., 2007, s.79-80). Hunt'ın yaptığı dikkat çekici işlerden biri, 2004 yılında Dünya Bankası üzerine yürütülen bir çalışma sonrasında "sağlık hakkının adım adım hayata geçirilmesi hedefi ve bunun yapılması için gereken acil zorunluluklar, tercih edilecek ticaret kuralları ve politikalara dair birtakım koşullar koymayı gerekli kılmaktadır" (Hunt 2004, s. 24) gözleminde bulunarak, "sağlık hakkının ticaret bağlamında et-

[3] Bu yükümlülükler Chapman 2002; ve Nygren-Krug, 2002 tarafından açıklanmıştır.

ki değerlendirmesinin yapılması için bir metodoloji geliştirilmesine dikkat edilmesi" (Hunt, 2004, s.74) tavsiyesinde bulunması olmuştur. Bunun akabinde, 12. maddeden doğan yükümlülüklerin ulusal yargılar tarafından uygulanmasına dair örnekler sunmuştur (Hunt 2007). Bu gözlemler ticaret politikalarının sonuçlarının, sağlık hakkı da dahil olmak üzere insan hakları normlarıyla uyumlu olmasını sağlamak amacıyla bazı mekanizmaların geliştirilmesinin önemine işaret etmektedir. Mesele herhalde, ticaret anlaşmalarının ticari hedeflerinin yoksulluğun ortadan kaldırılması gibi toplumsal hedeflerin gerçekleştirilmesini engellemesini önlemek şeklindeki kapsamlı hedefin bir parçası olarak görülmelidir (McGill 2004). Bu aynı zamanda küreselleşme ve insan hakları üzerine BM Özel Raportörleri'nin tespit ettiği, "belirli bir uygulamaya yönelik ve koşullu yaklaşımlardan uzak durarak" insan haklarının ticaret serbestleşmesine kurban edilmemesini sağlama ihtiyacına da bir cevaptır.

İnsan hakları çerçevesi yasal olarak uygulatılabilir yükümlülükler için önemli bir temel teşkil etmektedir. Şu an için bu haklar ulusal ve yerel yönetimlerin uygulamalarına bağlı durumdadır. Ulusal hükümetlerin elbette ulusüstü icra ve zorlama mekanizmaları oluşturan sözleşmelere imza atma imkanları vardır. Bu duruma bir örnek olarak gösterilebilecek olan Avrupa Birliği'nin İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına Yönelik Sözleşmesi (kitabın bu bölümünde üzerinde daha fazla durulmayacaktır), kurulması onlarca yıl almış kendine özgü bir kurumdur. Yine de, eğer ülkeler bir insan hakkını kendi yasalarında tanımamışlar ise bile ESKHUS'u imzalamış olmaları, o ülkedeki mahkemelerin kendi ulusal hükümetlerinden harekete geçmelerini talep etmeleri için yeterlidir. Bu durum en az iki kez (Arjantin ve Ekvador'da) sağlık hakkı bağlamında yaşanmıştır (Singh, Govender & Mills, 2007). İnsan hakları çerçevesi aynı zamanda ve belki de daha önemli olarak, küresel piyasanın önceliklerine karşı normatif bir karşı çıkış imkanı sunmaktadır. Eğer insan hakları konusunda uzman ve 14. Açıklama'yı kaleme alanlardan biri olan Audrey Chapman'ın "insanların salt insan olmaktan doğan değeri" (Chapman, 1993, s. 21) olarak tanımladığı şeyin bir anlamı olacaksa, bu değer bazı insanların şu an yaşam beklentisi 38 yıl olan Zambiya'da ve bazı başkalarının yaşam beklentisi 80 yıl olan ve ülkenin en yoksul vatandaşları dışındaki herkesin doğdukları andan itibaren çok daha iyi sağlık koşulları bekleyebileceği Kanada'da doğmalarına göre değişmemelidir. Kaynakları, sağlığın sosyal belirleyicilerini iyileştirmek için kullanılabilecek farklı seçenekler arasında dağıtma sürecinde öncelikler oluşturulurken şu akılda tutulmalıdır: Herhangi bir tür insan hakkı bu hakkın gerçekleşmesi, bir hak sahibinin gelecekte gelir elde etme potansiyeli (beşeri sermaye) veya o bireyin sağlığını iyileştirmenin bir bölgenin veya ülkenin ekonomisine yapacağı katkı gibi dış bir kritere bağlandığında anlamını yitirir.

Sağlığın soyal belirleyicilerini iyileştirme amacıyla insan hakları temellerini sağlamlaştırmaya yönelik atılacak acil bir adım, 12. madde üzerine çalışan BM Özel Raportörünün Birleşmiş Milletler sistemi içerisinde gerekli araştırma ve savunma yeteneğine sahip bir sekreterlikle desteklenmiş kalıcı bir pozisyona kavuşturulması olabilir. Bu sekreterlik kalıcı bir mekana sahip olabileceği gibi, raportörün takibi esaslı, coğrafi olarak gezgin bir yapıda da olabilir. Bu araştırma ve savunma faaliyetinin kendi sınırlılıkları olabilir, zira varolan yığının yanına eklenecek yeni bir eleştirel rapor serisi üretmek (kaynağı ne kadar güvenilir ve etkili olursa olsun) sadece kısmi bir değere sahip olabilir. Özellikle, bu raporlar "muhtemelen yeni binyılın en büyük yönetişim zorluğu" olarak tanımlanan "uygulattırılabilir ekonomik (piyasa temelli) kurallar ile uygulattırılamayan sosyal ve çevresel yükümlülükler arasındaki asimetriye doğrudan cevap veremezler (Labonté, Schrecker, Sanders & Meeus, 2004, s.3). Ticaret politikası ve insan hakları arasındaki biçimsel bağlantılarla ilgili olarak ise daha dikkatli olmak gerekmekte, çünkü bu bağlantıların korumaya niyetli olduğunu iddia ettiği kişilere zararı dokunan korumacı politikalara kılıf olarak kullanılması riski mevcut. Ancak, yine bu bölümde belirtildiği gibi, bu problemin üstesinden ancak iyi düşünülmüş bir kurumsal düzenleme ile gelinebilir. Genel olarak insan hakları standartları (çalışma standartları da dahil) ile ticaret arasında etkin bağlantılar kurmayı amaçlayan kurumsal düzenlemeleri gerçekleştirmek, savunma ve çok yönlü eylem stratejisinin en önemli ayaklarından birini oluşturacaktır.

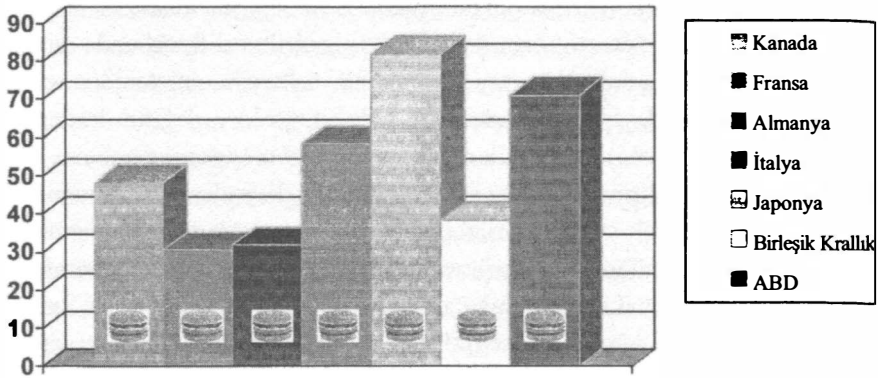
KAYNAKLARI YENİDEN DAĞITMAK

Bu kitapta pek çok kez belirtildiği gibi hem ülkeler arasında daha fazla kaynağın yeniden dağıtıma tabi tutulması hem de var olan yeniden dağıtım mekanizmalarının sağlıkta hakkaniyeti destekleyecek şekilde daha etkin bir biçimde çalıştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Günümüzde kalkınma yardımının etkinliği hakkında şüphecilik eğilimi moda durumundadır. Yine de, bizim düşüncemize göre, düşüncelerinin doğruluğunu ispat etmekle yükümlü olanlar, kalkınma yardımlarında somut ve uzun vadeli artış sağlanmasına karşı çıkanlardır. Bunun yanında, kalkınma yardımlarının sağlığı tehdit eden küresel eşitsizlikleri gidermek için yeterli değil ama gerekli bir araç olduğunu söylemeliyiz. Bu kitabın 7. Bölümü Sachs'ın düşük gelirli ülkelerde temel sağlık hizmetlerinin sağlanması için gereken tutarla, bu ülkelerin hükümetlerinin yerel gelir kaynaklarından elde etmeyi bekleyebileceği gerçekçi tutar arasındaki farkla ilgili hesaplamalarına atıfta bulunmaktadır. Yine 5. Bölüm, sanayileşmiş dünyanın teşvik ettiği ithalat serbestisinin pek çok durumda düşük gelirli ülkelerin elde edebileceği gümrük vergisi gelirlerini ciddi biçimde *azalttığını* ifade etmektedir.

Burada sözkonusu sayılarla ilgili iki örnek vereceğiz. İlk olarak, Ooms ve ark.

(2008) AIDS, Tüberküloz ve Malarya ile mücadele eden Küresel Fon'u sağlık sistemlerini kapsamlı biçimde güçlendirecek bir Küresel Sağlık Fonu'na dönüştürmek için gerekecek tutarın hesaplanmasında Sachs'ın kişi başı 40$ maliyet hesabını kullanıyorlar. Genişletilmiş Fon'dan hibe alacak ülkelerin tamamı genel bütçelerinin %15'ini sağlığa ayırsa bile –ki, bu iyimser bir varsayım olur– böyle bir fon yılda yaklaşık olarak 28 milyar ABD doları para dağıtmak zorunda kalacaktır. Bu sağlık için kalkınma yardımlarının tamamına dair tahmin edilen ve Fon'a desteği de içeren 12-14 milyar dolara göre ciddi bir artış anlamına gelmektedir. Ancak, bu tutar ABD'nin Irak'taki savaşının 2007 yılı içerisindeki bir aylık maliyetine eşittir (Leonhardt, 2007). İkincisi, zengin ülkelerin gayri safi milli hasılalarının (GSMH) %0.7'sini kalkınma yardımına ayırması yönünde uzun süredir var olan BM hedefi, tutarlı bir biçimde yalnızca az sayıdaki Kuzey Avrupa ülkesince gerçekleştirilmiştir. G7 ülkeleri ise bu hedefe yaklaşamamıştır bile. Şekil 13.2 sözkonusu hedefi tutturmanın G7 ülkelerinin halklarına 2007 itibariyle ne kadara mal olacağını göstermekte. Şekil toplam tutarı değil, bu ülkelerdeki her bir erkek, kadın ve çocuğa düşen maliyeti göstermekte ve bunu yaygın bir beslenme metası olan Big Mac'i kullanarak yapmaktadır. Gereken para miktarı bu şekilde ortaya konduğunda imkan sınırları dahilinde görülmektedir. Sonuç, kalkınma yardımı için yılda 140 milyar dolarlık bir ek parayı seferber etmek anlamına gelecektir. Bu da G7 ülkelerinin şu anki harcamalarının iki katından fazlasına tekabül etmektedir.

Kitabın 7. Bölümü, borçların silinmesi için geliştirilmiş mekanizmaların da pek çok sınırlılığı olduğunu belirtmektedir. Bu sınırlılıkları ele almak şu şekilde ifade edilen mevcut süreci ortadan kaldırmak için gereklidir: "düzinelerce ağır borçlu yoksul ve orta gelir grubundaki ülke, onlara borç veren hükümetler tarafından sınırlı vergi gelirlerinin önemli bir kısmını borç ödemelerine ayırma yönünde zorlanmakta ve bu durum beşeri sermaye ve altyapı alanında yapacakları yatırımları finanse etme imkanlarına darbe vurmaktadır. Anlamsız bir şekilde süren kaynak kaybı sürecinde, borç veren ülkeler bir elleriyle kalkınma yardımı sunarken, diğer elleriyle verdikleri parayı borç tahsili adıyla geri almaktadır" (UN Millennium Project, 2005, s.35). Bu duruma dair sayıların büyüklüğünü bir örnekle ortaya koyabiliriz. Kitabın 7. Bölümünde borç silinmesinin yapılandırılarak borçlu ülkelerin en yoksul vatandaşlarının yaşam standardını günde 3 dolar olarak belirlenen "etik yoksulluk sınırı" seviyesine çıkarabilmesi için gerekli kaynaklara sahip olmasını sağlamak şeklinde kısaca açıklanan öneri, toplamda 136 ülkenin borçlarının ya tam ya da kısmen silinmesi anlamına gelir. Bu işlemin bugünkü net değeri 424 ila 589 milyar dolar arasındadır. Bu değer geliştirilmiş HIPC (Ağır Borçlu Yoksul Ülke) ile MDRI (Çok Taraflı Borç Yardımı İnisiyatifi) girişimlerinin birleşiminin sağladığı borç silinmesi miktarından beş kat



Şekil 13.2 Gayri safi milli hasılasının %7'sini kalkınma yardımı olarak veren G7 ülkelerinin kişi başına Big Macler olarak gösterilmiş ek maliyeti.

Kaynak: OECD Kalkınma Yardımı Komitesi, 2008; Big Mac fiyatları Anon., 2007'den.

bir artışı, çok daha fazla ülkenin kapsanmasını (Mandel, 2006) ve daha uzun bir süreci ifade eder. Elbette bu tür bir borç silinmesinin yarattığı büyük fırsatın borçlu ülke hükümetlerince heba edilmesi olasıdır. Bu tür bir sonucun önlenmesi ve çirkin borçların silinmesine öncelik verilmesi için çok taraflı önlemlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu konu bu bölümde tam olarak işlenmese de, dış borç yükleri ile yerli sermayenin kaçışı arasındaki yakın ilişki (Rodriguez, 1987; Helleiner, 2001) ve sermaye kaçışının ülke içindeki toplumsal ve makroekonomik politikalar üzerinde yaratabileceği baskılar, günümüzde sermaye kontrollerine karşı çıkılmasını yeniden düşünmeyi ve hatta bu kontrollerin hakkaniyetle ilgili bazı bağlamlarda etkin bir biçimde kullanımını kolaylaştıracak önlemleri gündeme almayı gerektiriyor.

Bir de ticaret meselesi var. Genellikle başka hiçbir şey üzerinde anlaşamayan kalkınma politikası taraftarlarının anlaşabildiği tek konu, her ne kadar elde edilecek ekonomik faydaların büyüklüğü ve nasıl dağıtılacağı tartışma konusu olsa da, yüksek gelire sahip ülkelerin piyasalarını açmaları gerektiğidir. Bu bölüm yazılırken (Temmuz 2008), DTÖ'nün 2001'de başlayan kalkınma müzakereleri turunun içine düştüğü çıkmazı sona erdirmeyi amaçlayan görüşmeler henüz başarısızlıkla sonuçlanmıştı. Bu gelişme, en azından yakın gelecekte pazarlık gücü ve kaynak asimetrisi DTÖ çerçevesi içinde şu anda mevcut olanlardan daha keskin, çift taraflı ve bölgesel ticaret anlaşmalarının çoğalacağı anlamına geliyor (Kitabın 11. Bölümünde belirtildiği gibi bu şekilde pek çok anlaşmada Ticarete Dair Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması'nın ötesinde hükümler bulunması, bu şekilde bir sonucun sağlık üzerindeki etkileri konusunda pek çok kişinin kaygılanmasının sebeplerinden yalnızca biri). Kalkınma ekonomisti Paul Collier tarafından getirilen ilginç bir öneri de şu: OECD ülkelerinin, piyasalarının bazı sektörlerine

periyodik olarak tek yanlı erişim imkanı vermesi ve bu yolla düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerle ticaretin daha fazla serbestleştirilmesi konusunda pazarlık yapmadan önce onlara değerli bir şey sunarak müzakere sürecini yeniden canlandırması – başka bir deyişle DTÖ sürecine açık bir yeniden dağıtım boyutunun eklenmesi (Collier, 2006). Aritmetik olarak, mantıklı bir başlangıç noktası, gümrük vergilerindeki indirimlerden kaynaklanan geçmiş kayıpları kısa zamanda telafi etmeye yetebilecek vergilendirilebilir gelirler yaratacak piyasa erişim imtiyaz sözleşmelerinin gündeme getirilmesi olabilir. Bu bölümde ele alınmış pek çok kurumsal yenilik hakkında olduğu gibi, temel sorun siyasal irade ile ilgilidir: Genel olarak ulusal hükümetler, özellikle de yüksek gelir grubundakiler, sağlığın sosyal belirleyicileri yoluyla sağlık alanındaki adaletsizlikleri azaltacak şekilde kaynakların yeniden dağıtılmasına odaklanmış politikalara destek verme konusunda liderlik yapmaya istekli midir?

SAĞLIKTA HAKKANİYET İÇİN DÜZENLEYİCİLİK: KÜRESEL YÖNETİŞİMİ DÜZELTMEK

Küreselleşmenin son üç on yılına hakim olan politikalar ekonomik büyümeyi, sağlık düzeyinde iyileşme veya insani gelişimin önüne koymuştur. Sağlık ve insani gelişim pozitif dışsallıklar olarak görülürken, ekonomik büyüme bunların olmazsa olmaz şartı olarak değerlendirilmiştir. Ancak, son on yılda büyüme ile sağlık arasında daha karmaşık bir ilişki olduğunu gösteren kanıtlar çoğalmıştır. Bu ilişkiye dair şunlar söylenebilir: halkın sağlık ve eğitim düzeyindeki ("beşeri sermaye") gelişmeler sıklıkla büyümeden önce gelmektedir (Commission on Macroeconomics and Health, 2001); büyüme sağlığı otomatik olarak düzeltmez (Deaton, 2006) ve yoksulluğu azaltmada belirgin bir şekilde etkisiz kalmıştır (Woodward & Simms, 2006); ayrıca bazı durumlarda sağlık kişi başına oldukça düşük GSMH düzeylerinde ve göreceli olarak iyi sosyal koruma ve tedariğinin varlığında ciddi biçimde düzeltilebilir (Halstead, Walsh, & Warren, 1985). Bu durum, hem ulusal hükümet politikalarının hem de özellikle düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde bunların bağlamını oluşturan ulusüstü kurumların politikalarının, sadece veya esas olarak ekonomik büyümeyi değil sağlıkta hakkaniyeti de artırma temelinde düzenlemesi gerektiğini gösterir.

Milenyum Kalkınma Hedefleri (MKH) ve sağlık alanında artan yardımların da gösterdiği gibi, küresel çapta sağlığın önemi giderek daha fazla anlaşılıyor görünse de sağlığın küresel yönetişimi zayıf veya adeta mevcut değilken, ekonomik entegrasyonun küresel yönetişimi ticaret ve finansal liberalleşme yoluyla oldukça güçlü bir konuma gelmiştir. Bu kitabın 5. Bölümünde görüldüğü gibi bu durum, ulusal hükümetlerin sınırları içerisinde sağlıkta hakkaniyeti artırmak için

kullanabilecekleri politika seçeneklerini azaltmaktadır. Uluslararası finansman kurumlarının borç ve hibelerine iliştirilen şartlılık ilkeleri, daha doğrudan gözlemlenebilir olumsuz etkileri yanında, yukarıda sayılan ekonomik hedeflere öncelik verilmesi sürecini de devam ettirir. Finansal piyasalardaki aşırı hareketli sermayenin öncelikleri de buna dahildir.[4]

Bu analizden atılması gereken üç adım ortaya çıkar: İlk olarak, ulusal hükümetlerin ekonomilerini sağlık ve diğer sosyal gereklere göre düzenleyebilme esnekliklerini sınırlayan ticaret ve finansal piyasa kurallarının etkisinin ve menzilinin azaltılması (bu kitabın 5. Bölümü); ikinci olarak, uluslararası finansman kurumları ve borç veren ülkelerin koyduğu şartlılık ilkelerinin azaltılması ve bunun yanında tüm bir yardım ve borç hafifletilmesi sisteminin yeniden gözden geçirilmesi (7. Bölüm); son olarak da küresel yönetişim sistemlerinin güçlendirilmesi ve böylece sağlığın sosyal belirleyicilerinde iyileşmeler elde edilmesi yoluyla sağlıkta hakkaniyeti sağlamak şeklindeki açık amaç çerçevesinde politika uyumunu oluşturmak (12. Bölüm ve daha kapsamlı bir değerlendirme için Lee ve ark., 2008). Bu üçüncü adımın gerçekleşmesinin sadece Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) rolünün ve üye devletlerin önceliklerinin değil, aynı zamanda (ve aynı derecede önemli biçimde) çok taraflı kurumların ve küresel yönetişimin tüm yapısının üzerinde de etkileri olacaktır.

Şu an için DSÖ dışında küresel sağlığı geliştirme yetkisine sahip yalnızca birkaç çok taraflı kurum vardır. Bu kitabın 12. Bölümünde belirtildiği gibi bunların hiçbiri de ilgili oldukları sektörlerde (örn., ticaret, finans, çevre) uluslararası pazarlıklara girerken veya politikalarını oluştururken sağlığı göz önüne almaya dair açık veya hukuki herhangi bir yükümlülükle bağlı değillerdir. Ayrıca, SSB'yi etkileyen varolan küresel yönetişim yapıları, iyi yönetişimin şeffaflık, hesap verebilirlik ve katılımcılık gibi çoğu ilkesi göz önüne alındığında oldukça zayıftır (Lee et al., 2008); sağlık alanında ise daha "kamusal" olan DSÖ gibi kuruluşlar özel hayırseverlik aktiviteleri ve kamu-özel sektör ortaklıkları tarafından gölgede bırakılmışlardır. Günümüz uluslararası ortamı pek çok bakımdan mevcut sistem ve kurumların esaslı bir biçimde yeniden gözden geçirilmesini gerektirir. Bu ortam başka durumların yanında şunları da içerir: İkinci Dünya Savaşı'nın hemen sonrasında ciddi biçimde değişen küresel güç dinamikleri; dünyanın büyük kısmında süregiden yoksulluk ve sağlık adaletsizlikleri; küresel yönetişimin böyle bir yönetişimin nasıl olması gerektiğine dair etik bir temel veya konsensüsün yokluğunda koordine edilmemiş bir şekilde ortaya çıkışı. İdealde böyle bir yeni-

[4] "Piyasalar" bir soyutlamadır: Bunların bir ülkenin politikaları hakkındaki fikri, başta New York, Londra, Cenevre gibi şehirlerde yaşayan ve genel olarak benzer çıkar ve motivasyonları olan mal sahipleri ve yöneticilerin, ayrıca gittikçe artan biçimde pek çok düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerdeki zengin hanelerin yaptığı tercihlerin kaynak-ağırlıklı kümelenişinden ibarettir.

den gözden geçirme 1944 yılında düzenlenen ve savaş sonrası dönemin en önemli çok taraflı kurumlarını oluşturan Bretton Woods Konferansı'na benzer şekilde belirli bir amaca özel toplanmış bir forumda yürütülmeli, ancak Bretton Woods'tan daha kapsayıcı ve şeffaf olmalıdır. Küreselleşme Bilgi Ağı (KBA) için yazılmış bir arka plan belgesinde belirtildiği gibi "böyle büyük ve önemli bir yönetişim inisiyatifi için küresel kurumsal ve hükümetlerarası desteği sağlamak, DSÖ'nün üye devletler ve aktif olarak işbirliği yaptığı küresel kurumlar arasında bu hedefi teşvik etmesini gerektirir (Lee et al., 2008, s.65).

Küreselleşmenin asimetrilerine cevap olarak bu türden bir yeniden yapılandırma ihtiyacına başkaları tarafından da değinilmiştir. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün Küreselleşmenin Sosyal Boyutu ile ilgili Dünya Komisyonu (World Commission on the Social Dimension of Globalization, 2004) ve Finlandiya ve Tanzanya hükümetlerinin ortak ev sahipliğinde düzenlenen Helsinki Küreselleşme ve Demokrasi Süreci (Helsinki Process on Globalization and Democracy, 2007) bunlara örnektir.[5] Haziran 2008'de İngiliz Uluslar Topluluğu Hükümet Başkanları uluslararası kurumların reforme edilmesi ihtiyacına değinen önemli bir tebliğ yayınlamıştır (Commonwealth Heads of Government Meeting on Reform of International Institutions, 2008). Ancak, şu ana kadar DSÖ bu ve benzeri çabaların etki alanının dışında kalmış ve bu çabaların hiçbiri şimdiye dek G8 ülkeleri gibi güçlü devletlerin kararlı ve tutarlı liderliği tarafından desteklenmemiştir.

SONUÇ: SSB'YE DEĞER TEMELLİ BİR YAKLAŞIM

Marmot'un bu bölümde daha önce alıntılanan gözleminin önerdiği gibi asıl ihtiyaç duyulan şey bir küresel sağlık etiğine sahip olan kurumlardır. Bu tür bir etik şu yaklaşımı açıkça benimsemelidir "Küresel aktörler ve kurumlar, ister iki taraflı (özellikle deniz aşırı kalkınma yardımları, ticaret anlaşmaları) ister çok taraflı (örneğin Birleşmiş Milletler sistemi, Dünya Bankası veya Uluslararası Para Fonu aracılığıyla) hareket etsinler refah, güç, toplumsal ve siyasal fırsatlar bakımından küresel adaletsizlikleri düzeltmek zorundadırlar" (Ruger, 2006, s. 1001). Böyle bir etiği savunmak için pek çok sav öne sürülebilir ama bu etik mutlaka (a) ulusal sınırları aşan yükümlülükler olduğunu kabul etmeli ve (b) bu yükümlülüklerin kapsam alanını hem sınırlar içinde hem de sınırlar arasında yeniden dağıtımı içerecek kadar geniş tanımlayarak küresel piyasanın önceliklerine meydan okumalıdır.

Sachs'ın (2003, s.3) belirttiği gibi "her yıl trilyonlarca dolar rant elde edilen bir dünyada sağlık sorunlarıyla mücadele etmek için ihtiyaç duyulan para rahatlıkla bulunabilir". Mesele herhangi bir anlamda kaynakların kısıtlılığı değildir;

[5] Sürecin parçası olarak dile getirilen perspektif örnekleri için, bkz. Helsinki Process Secretariat, 2005.

sağlıkla ilgili temel ihtiyaçları karşılamaya yetecek kaynakların çabuk ve etkin mobilize edilip edilmeyeceği ve adaletli dağıtılıp dağıtılmayacağı; bu sayılanlar olacaksa da nasıl olacağıdır. Bu konuda bazı adımlar da atılmıştır. 2001 yılında düzenlenen BM Kalkınmayı Finanse Etme Yüksek Seviye Paneli (Zedillo et al., 2001) kalkınma finansmanı için yeni kaynaklara ihtiyaç duyulduğunu vurgulamış ve vergi rekabeti (çevirenin notu: hükümetlerin genellikle doğrudan dış yatırım çekmek için vergi indirimine gitmesi), vergi kaçırma gibi durumları sınırlamak için uluslararası bir vergi kuruluşunun oluşturulmasını önermiştir. Belirli politika araçlarına odaklanan bir başka girişim ise 2006'da düzenlenen Paris Yaratıcı Kalkınma Finansmanı Mekanizmaları Konferansı'nda temeli atılan Kalkınmayı Fonlamak İçin Dayanışma Vergileri Öncü Grubu'dur. Bu grubun 2007 yılı Şubat ayında Norveç'in ev sahipliği yaptığı ikinci genel buluşması (Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2007) sadece hava taşımacılığı alanındaki vergileri –halihazırda pek çok ülke tarafından uygulanmakta– değil, Norveç Dışişleri Bakanlığı tarafından yürütülen ve para hareketlerinden elde edilecek bir kalkınma vergisi oluşturma (Hillman, Sony, & Spratt, 2006) ile vergi kaçırmanın ve vergi rekabetinin engellenmesine yönelik politikalar geliştirme hedefini taşıyan (Murphy, Christensen, Kapoor, Spencer, & Pax, 2007) araştırmayı da değerlendirmeye almıştır. 2008 yılında Birleşmiş Milletler'in kalkınma finansmanına dair yıllık yüksek düzey buluşması için yazılmış bir arka plan notu "para hareketlerinden alınacak olası bir yüzde 0.005 oranında 'kalkınma vergisine' yönelik artan uluslararası ilgiden" bahsetmiştir (United Nations Economic and Social Council, 2008, s.3). Eğer bu vergi uygulanırsa, şu 3.2 trilyon $'ı bulduğu hesap edilen günlük döviz hareketi (bu kitabın 5. Bölümü) üzerinden yılda kalkınma finansmanında kullanılacak 60 milyar $ kaynak yaratacaktır. Helsinki Süreci ve Dayanışma Vergileri Öncü Grubu özellikle hem yeni yönetişim mekanizmaları kurmanın hem de kaynakların yeniden dağıtımı için yeni finansman bulmanın önemini dile getirmektedir. Bu girişimler, aynı zamanda, DSÖ'ye üye ülkelerin hükümetleriyle ve dünya çapındaki sivil toplum örgütleriyle etkili çok sektörlü bağlantılar kurmak için mevcut olan bir dizi fırsatı ortaya koymaktadır.

Küresel siyasal söylem, pek çok siyaset bilimci böyle bir topluluğu sadece ütopik bir idealden ibaret görse de, bir "uluslararası" veya "küresel topluluğa" referanslarla doludur. Eğer sağlığı böyle bir topluluğu tanımlayabilecek ortak değerlerden biri olarak kabul edersek, küreselleşmenin sağlık üzerindeki asimetrik etkilerini ve bunun altında yatan güç ve kaynak dağılımını değerlendirmenin ne kadar önemli olduğu anlaşılacaktır. İki tanınmış iktisatçı şunu yazmıştır:

> En azından... süreçten [küreselleşme sürecinden] kazançlı çıkanların bu sürecin kurbanlarına hükümetler kanalıyla ama zengin cemaatlerin de desteğiyle, sistematik

ve tatmin edici oranlarda yardım sağlaması beklenmelidir. Eğer bu politik olarak kabul edilemez bir şeyse, kurbanların acı çekmesini torunlarının gelecekte gerçekleşeceği vaat edilen kazançlarıyla aklamak konusunda herhangi bir inandırıcı argüman sunulması çok zor hale gelir (Gomory & Baumol, 2004, s. 430).

Bu yardım ve onu yönlendirmesi gereken ortak değerlere bağlılık, kararlı bir liderlik ve siyasal tavrın yokluğunda harekete geçirilemeyecektir.

KAYNAKLAR

Addison, T., Harper, C., Prowse, M., Shepherd, M., Barrientòs, A., Brounholtz-Speight, T., et al. (2008). *The Choronic Poverty Report 2008-09.* Manchester: Chronic Poverty Research Centre. Retrieved from: http://www.chronicpoverty.org/pubfiles/CPR2_whole_report.pdf.

Anonymous. (2007, July 7). Sizzling. The Big mac index. *The Economicst,* p. 82.

Budds, J., & McGranahan, G. (2003). Are the debates on water privatization missing the point? Experiences from Africa, Asia and Latin America. *Environment and Urbanization,* 15, 87-114.

Cashmore, N., Gleick, P., Newcomb, J., Morrison, J., & Harrington, T. (2006). *Remaining drops: Fresh water resources a global issue.* Oakland, CA: CLSA Asia-Pacific Markets. Retrieved from: http://www.pacinst.org/reports/remaining_drops/CLSA_U_remaining_drops.pdf.

Center for Global Development. (2007). *Working group on IMF-supported programs and health spending. Center for Global Development* [online]. Retrieved from: http://www.cgdev.org/section/initiatives/_active/ghprn/workinggroups/imf.

Chapman, A. R. (1993). *Exploring a human rights approach to health care reform.* Washington, DC: Science and Human Rights Program, American Association for the Advancement of Science.

———. (2002). Core obligations related to the right to health. In A. Chapman & S. Russell (eds.), *Core obligations: Building a framework for economic, social and cultural rights* (pp. 185-215). Antwrep: Intersentia.

Collier, P. (2006). Why the WTO is deadlocked: And what can be done about it. *The World Economy,* 29, 1423-49.

Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2003). *General comment No. 15: The right to water (arts. 11 and 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights).* No. E/C.12/2002/11. United Nations High Commission for Human Rights. Retrieved from: http://www.fao.org/righttofood/kc/downloads/vl/docs/AH355.pdf.

Commission on Macroeconomics and Health. (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.cid.harvard.edu/cidcmh/CMHReport.pdf.

Commonwealth Heads of Government Meeting on Reform of International Institutions. London: Commonwealth Secretariat.

Deacon, B., Ilva, M., Koivusalo, M., Ollila, E., & Stubb, P. (2005). *Copenhagen Social Summit ten years on: The need for effective social policies nationally, regionally and globally.* GASPP Policy Briefs No. 6. Helsinki: Globalism and Social Policy Programme, STAKES. Retrieved from: http://gaspp.sateks.fi/NR/rdonlyres/4F9C6B91-94FD-4042-B781-3DB7BB9D7496/0/policybrief6.pdf.

Deaton, A. (2006). Global patterns of income and health. *WIDER Angle,* 2, 1-3.

Farley, M. (2006, June 3). 14 nations will adopt airline tax to pay for AIDS drugs. *Los Angeles Times.*

Freedom from Bebt Coalition. (2005). Lessons from a failed privitization experience: The case of the Philippines' metropolitan waterwarks and sewerage system (MWSS). Manila: Freedom from Bebt Coalition.

Gomory, R. E., & Baumol, W. J. (2004). Globalization: Prospects, promise and problems. *Journal of Policy Modeling,* 26, 425-38.

Grusky, S. (2001). *The World Bark, the International Monetary Fund, and the right to water.* Accra, Ghana: National Forum on Water Privatisation.

Halstead, S. B., Walsh, J. A., & Warren, K. S., eds. (1985). *Good health at low cost.* New York: Rockefeller Foundation.

Helleiner, E. (2001). Regulating capital flight. *Challenge,* 44, 19-34.

Helsinki Process on Globalisation and Democracy. (2007). Ministry for Forgeign Affairs of Finland [online]. Retrieved from: http://www.helsinkiprocess.fi/.

Helsinki Process Secretariat, ed. (2005). *Helsinki Process papers on global economic agenda.* Helsinki: Foreign Ministry of Finland.

Hillman, D., Sony, K., & Spratt, S. (2006). *Taking the next step: Implementing a currency transaction development levy.* London: Stamp Out Poverty. Retrieved from:http://www.innovativefinance-olso.no/pop.cfm?FuseAction=Doc&pAction=View&pDocumentId=11626.

Hunt, P. (2004). *Economic, social and cultural rights: The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health-Addendum: Mission to the World Trade Organization.* E/CN.4/2004/49/Add.1. Geneva: United Nations Economic and Social Council Commission on Human Rights. Retrieved from: www.unhchr.ch/Huridocda/Huridocda.nsf/e06a5300f90fa0238025668700518ca4/5860d7d863239d82c1256e660056432a/$FILE/G0411390.pdf.

———. (2007). *Implementation of General Assembly Resolution 60/251 of 15 March 2006 entitled "Human Rights Council": Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.* No. A/HRC/4/28. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Retrieved from: http://www.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/4session/A.HRC.4.28.pdf.

Independent Evalution Office, I. M. F. (2007). *The IMF and aid to sub-Saharan Africa.* Washington, DC: IMF. Retrieved from: http://www.imf.org/external/np/ieo/2007/ssa/eng/pdf/report.pdf.

International Consortium of Investigative Journalist. (2003). *The water barons.* Center for Public Integrity [online]. Retrieved from: http://www.icij.org/water/.

Jaglin, S. (2002). The right to water versus cost recovery: Participation, urban water supply and the poor in sub-Saharan Africa. *Environment and Urbanization,* 14, 231-45.

Labonté, R., Bloun, C., Chopra, M., Lee, K., Packer, C., Rowson, M., et al. (2007). *Towards health-equitable globalization: Rights, regulation and redistribution.* Globalization Knowledge Network Final Report to the Commission on Social Determinants of Health. Ottawa: Institute of Population Health, University of Ottawa. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_final_report_042008.pdf.

Labonté, R., Schrecker, T., Sanders, D., & Meeus, W. (2004). *Fatal indifference: The G8, Africa and global health.* Cape Town: University of Cape Town Press.

Lee, K., Koivusalo, M., Ollila, E., Labonté, R., Schrecker, t., Schuftan, C., et al. (2008). *Globalization, global governance and the social determinants of health: A review of the linkages and agenda for action.* Globalization Knowledge Network Papers. Ottawa: Institute of Population Health, University of Ottawa. Retrieved from: http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Globalization%20Global%20Govarnance%20and%20SD%20of%20H.pdf.

Leonhardt, D. (2007, January 12). What $1.2 trillion can buy. *New York Times.*

Loftus, A. J., & McDonald, D. A. (2001). Of liquid dreams: A political ecology of water pri-

vatization in Buenos Aires. *Environment and Urbanization,* 13, 179-200.

Mandel, s., (2006). *Debt relief as if people mattered: A rights-based approach to debt sustainability.* London: New Economics Foundation. Retrieved from: http://www.neweconomics.org/gen/z_sys_publicationdetail.aspx?pid=223.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet,* 365, 1099-1104.

McDonald, D. (2002). No money, no service: South Africa's poorest citizens lose out under attempts to recover service costs for water and power. *Alternatives Journal,* 28, 16-20.

McGill, E. (2004). Poverty and social analysis of trade agreements: A more coherent approach? *Boston College International and Comparative Law Review,* 27, 371-427.

Mehta, L. (2005). *Unpacking rights and wrongs: Do human rights make a difference? The case of water rights in India and South Africa.* IDS Working Papers No. 260. Brighton, UK: Institute of Development Studies. Retrieved from: http://www.ntd.co.uk/idsbookshop/details.asp?id=904.

Mehta, L., & Madsen, B. (2004). The General Agreement on Trade in Services (GATS) and poor people's right to water. *IDS Bulletin,* 35, 92-102.

Mehta, L., & Madsen, B. L. (2005). Is the WTO after your water? The General Agreement on Trade in Services (GATS) and poor peoples's right to water. *Natural Resources Forum,* 29, 154-64.

Ministries of the Economy, Finance and Industry and Foreign Affairs, Government of Fronce. (2006). Solidarity and Globalization: Paris Conference on Innovative Development Financing Mechanisms, 28 February - 1 March 2006. Paris: Government of France.

Murphy, R., Christensen, J., Kapoor, S., Spencer, D., & Pak, S. (2007). *Closing the floodgates: Collecting tax to pay for development.* London: Tax Justice Network. Retrieved from: http://www.innovativefinance-olso.no/pop.cfm?FuseAction=View&pDocumentId=11607.

Norwegian Ministry of Froeign AFfairs. (2007). *Leading Group on Solidarity Levies to Fund Development.* Norwegian Ministry of Foreign Affairs [online]. Retrieved from: http://www.innovativefinance-olso.no/

Nygren-Krug, H. (2002). *25 questions and answer about health and human rights.* Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/entity/hhr/NEW37871 OMSOK.pdf.

OECD Development Assistance Committee. (2008). Debt relief is down: Other ODA rises slightly. Organization for Economic Cooperation and Development [online]. Retrievd from: http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_34447_40381960_1_1_1_1,00.html.

Oloko-Onyango, J., & Udagama, D. (2003). *Economic, social and cultural rights: Globalization and its impact on the full enjoyment of human rights-final report.* No. E/CN.4/Sub.2/2003/14 Fifty-fifth session Item 4 of the provisional agenda. Geneva: United Nations Economic and Social Council. Retrieved from: http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/AllSymbols/276821C18F7CDFF0C1256D780028E74B/$File/G0314784.pdf?OpenElement.

Ooms, G., Van Damme, W., Baker, B. K., Zeitz, P., & Schrecker, T. (2008). The "diagonal" approach to Global Fund financing: A cure for the broader malaise of health systems? *Globalization and Health,* 4.

Pogge, T. (2002). Human rights and human responsibilities. In P. De Greiff & C. Cronin (eds.), *Global justice & transnational politics* (pp. 151-95). Cambridge, MA: MIT Press.

———. (2005). Human rights and global health: A research program. *Metaphilosophy,* 36, 182-209.

Public Services International Research Unit. (2006). *Pipe dreams: The failure of the private sector to invest in developing countries.* Greenwich, UK: World Development Movement.

Rodriguez, M. A. (1987). Consequences of capital flight for Latin American debtor countries. In D. R. Lessard & J. Williamson (eds.), *Capital flight and third world debt* (pp. 129-52). Washington, DC: Institute for International Economics.

Ruger, J. P. (2006). Ethics and governance of global health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 60, 998-1002.

Sachs, J. (2003). *Achieving the Millennium Development Goals: Health in the developing world.* Speech at the Second Global Consultation of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Healt,h Organization. Retrieved from: http://www.earthinstitute.columbia.edu/about/director/pubs/CMHSpeech102903.pdf.

Say, L., Innoue, M., Mills, S., & Suzuki, E. (2007). *Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank.* Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Retrieved from: http://www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=343.

Singh, J. A., Govender, M., & Mills, E. J. (2007). Do human rights metter to health? *The Lancet,* 370, 521-27.

Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health.* Geneva: Commission on Social Determinants of Health World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.

Sutcliffe, B. (2005). *A converging or deverging world?* ST/ESA/2005/DWP/2, DESA Working Paper Series No. 2. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs.

UN Millennium Project. (2005). *Investing in development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals.* London: Earthscan. Retrieved from: http://www.unmillenniumproject.org/documents/MainReportComplete-lowres.pdf.

United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). General Comment 14: The right to the highest attainable standard of health. Geneva: United Nations High Commission for Human Rights.

United Nations Economic and Social Council. (2008). *Coherence, coordination and cooperation in the context of the implementation of the Monterrey Consensus, including new challenges and emerging issues (note by the Secretary-General).* Prepared for special high-level meeting of the Economic and Social Council with the Bertton Woods Institutions, the World Trade Organization and the United Nations Conference on Trade and development, 14 April 2008. No. E/2008/7. New York: United Nations. Retrieved from: http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&DS=E/2008/7&Lang=E.

Woodward, D., & Simms, A. (2006). *Growth isn't working: The unbalanced distribution of benefits and costs from economic growth.* London: New Economics Foundation. Retrieved from: http://www.neweconomics.org/NEF070625/NEF_Registration070625aoobazhx?returnurl=/gen/uploads/hrfu5w555mzd3f55m2vqwty502022006112929.pdf.

World Bank. (1999). *World Development report 1999/2000: Entering the 21st century.* New York: Oxford University Press. Retrieved from: http://go.worldbank.org/YH54DW4WS0.

World Commission on the Social Dimension of Globalization. (2004). *A fair globalization: Creating opportunities for all.* Geneva: International Labour Organization. Retrieved from: http://www.ilo.org/public/english/wcsdg/docs/report.pdf.

World Health Organization. (2003). *The right to water.* Geneva: WHO. Retrieved from: http://who.int/docstore/water_sanitation_health/Documents/righttowater/righttowater.pdf.

World Health Organization/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. (2008). *Progress on drinking water and sanitation: Special focus on sanitation.* New Work and Geneva: UNICEF. Retrieved from: http://www.unicef.org/media/files/Joint_Monitoring_Report_-_17_July_2008.pdf.

Zedillo, E., Al-Hamad, A. Y., Bryer, D., Chinery-Hesse, M., Delors, J., Grynstpan, R., et al. (2001). *Recommendations of the High-Level Panel on Financing for Development.* No. A/55/1000. New York: United Nations.

14. Bölüm

KÜRESELLEŞME, SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE SAĞLIK MÜCADELESİ

David Sanders

Geçen yüzyılın ikinci yarısından itibaren küresel sağlık durumunda dikkate değer bir gelişme yaşanmıştır. Son 20 yılda bu gelişmenin hızının yavaşlamasına ve Sovyetler Birliği ile Afrika'nın Sahra-Altı kısımlarında aksi yönde bir hareket olmasına karşın, ortalama yaşam süresinde süreklilik gösteren bir artış görülmüştür. Erken ölüm oranlarının yüksek ve enfeksiyon hastalıklarının baskın olduğu bir modelden, erken ölüm oranlarının düşük ve enfeksiyon dışı hastalıkların ölüm ve hastalık oranlarının çoğunu oluşturduğu bir modele doğru olan değişim "sağlıkta dönüşüm[1]" olarak adlandırılmıştır. Fakat, *dönüşüm* kelimesinin yanıltıcı olabileceğinin de altını çizmek gerekir, çünkü pek çok düşük ve orta gelirli ülkede –özellikle yoksul kesimlerde– enfeksiyon hastalıklarının genel hastalık yükünün büyük bir kısmını oluşturduğu, bununla birlikte enfeksiyon dışı hastalıkların da –şiddetli yaralanma dahil olmak üzere– yüksek oranlarda görüldüğü bir model ortaya çıkmıştır (Frenk, Bobadilla, Sepulveda, & Lopez Cervantes, 1989). Üstelik, ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde sağlık durumu göstergeleri bakımından hızla artan bir eşitsizlik söz konusudur; günümüzde küresel sağlık durumunu karakterize eden de bu eşitsizliktir.

İkili (veya üçlü) hastalık yüklerinin görece yakın bir tarihte ortaya çıkışı, bu kitapta incelenen küreselleşme süreci ile ilgili çeşitli belirleyiciler ile ilişkilendirilebilir. Kırsal alanda çevresel bozulma ve buna eşlik eden düşük ve orta gelirli ülkelerin kırsal topluluklarında görülen yoksullaşma, giderek artan sefil bir şehirleşme sürecine yol açmaktadır. Enfeksiyon hastalıklarının, özellikle küçük çocukların başlıca ölüm ve hastalık sebepleri arasında gelmeye devam etmesinin altında bu süreçler yatmaktadır. Büyüyen ve liberalleşen ticaret şişmanlatıcı beslenmenin (işlenmiş, yağ-şeker-tuz oranları yüksek gıda) nüfuzunu arttırmıştır. Artan hareketsizlik, küresel "kötülerin" yaygınlaşması (örneğin sigara, alkol ve alışkanlık yapıcı maddeler) ve emek piyasasında artan esneklik ile ilişkilendirilen güvencesiz iş koşulları, enfeksiyon dışı hastalıklarda –akıl sağlığı sorunları dahil– görülen artış ile özellikle yoksul kesimlerde yaralanmaların oranındaki yükselmeyi büyük ölçüde açıklamaktadır. Küreselleşme, insanların ve hayvanla-

[1] Transition kelimesi karşılığında "dönüşüm" kullanıldı; "sağlıkta geçiş" yerine "sağlıkta dönüşüm" kavramının daha uygun olacağını düşündük. (ç.n.)

rın (hayvansal ürünlerin) hızlı ve artan hareketliliği ile sınırların geçirgenleşmesi gibi süreçlerle, hem kolera ve tüberküloz gibi eski enfeksiyon hastalıklarında hem de AIDS, SARS ve kuş gribi gibi yeni enfeksiyon hastalıklarında görülen hızlı yayılmayı kolaylaştırmaktadır.

Ticaret, küreselleşmenin özellikle yoksul ülkelerin sağlık politikaları uygulamalarını etkileyen en önemli boyutlarından biridir. Adil ekonomik büyümeyi ve sağlığı engelleyen diğer faktörler arasında kontrolsüz para akışı (sıcak para) ile şirketlerin ve bireylerin vergi kaçırmaları da gösterilebilir. Devletlerin sosyal harcamalarda kısıntıya gitmesi neoliberal politikaların bir parçası olagelmiştir; özel sektörün teşvik edilmesinin yanında sabit kalan veya "dikeyleştirilmiş" kalkınma yardımı ile kamu sektörü pek çok yerde ciddi biçimde zayıflamış, bu da sağlık hizmetlerinin çok parçalı ve dağınık bir hale gelmesiyle sonuçlanmıştır.

Sağlık çıktıları üzerinde ciddi etkileri olsa da sağlığın sosyal belirleyicilerinin çoğu, sağlık bakanlıklarının sahip olduğu politika araçlarının erişim alanı dışındadır; sorumluluk hükümetlerin diğer birimlerinde (ticaret, finans vs.) veya artan bir şekilde Dünya Ticaret Örgütü gibi kurumlardadır. Sağlık politikalarının alanı küreselleşme ile gelen güç dengelerindeki hem gerçek hem de varsayılan değişimden de etkilenmektedir; bu değişimler sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicilerine dair yapılabilecek değişiklikleri sınırlamaktadır (bu kitapta 5. bölüm). Düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık sektörlerinin kendi politikalarını geliştirme ve kaynak dağıtımı yapma imkanı da, sağlık hizmetleri kaynaklarının giderek daha fazla uzaktan ve genellikle zengin bağışçı ülkeler tarafından yönlendirilen Dünya Bankası, Küresel Fon ve ABD Başkanlık AIDS Yardımı İçin Acil Planı gibi küresel kurumlar tarafından kontrol edilmesi nedeniyle sınırlanmıştır. Bu nedenle, sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik politikaların düzenlenmesi ve uygulanması ulusal iktidarın düzenlemelerinden etkilenmekle beraber, aynı zamanda giderek daha fazla küresel ekonomik yapılar ve jeopolitik ilişkilerden kaynaklanan etkenler tarafından da sınırlandırılmaktadır. Bu durum özellikle sağlık ihtiyaçları ciddi ve acil fakat (özellikle yeni) uluslararası kurumlarda pazarlık gücü düşük olan yoksul ülkeler için geçerlidir.

Küresel yönetişim bölümünde değinildiği üzere, bu durumu –yani ülkelerin sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik politikalar geliştirme yeteneklerinin sınırlanmış olmasını– ağırlaştıran şudur: "Sağlıkta işbirliği için uyum ve koordinasyonu arttırma çabaları küresel yönetişimde egemen devletler üzerinde kapsayıcı bir otoritenin olmayışı nedeniyle engellenmektedir. Küresel yönetişim ile ilgili temel kurumsal aktörler büyük ölçüde birbirlerinden bağımsız olarak hareket etmektedirler; bağış yapan güçlü devletler gibi bazı yapılara karşı resmi olarak sorumlu olup daha yüksek herhangi bir otoriteye karşı sorumlu değildirler" (Bu kitap, 12. Bölüm). Resmen temel sağlık yönetişim yapısı şeklinde bir statüye sa-

hip olmasına ve bu statüyü üye devletleri temsil etme ve onlara karşı sorumlu olmaktan dolayı elde etmiş olmasına rağmen, DSÖ'nün bağımsızlığının ve otoritesinin zayıflaması kurumun –ihtiyari kontrolüne sahip olduğu– olağan bütçesinin azalışı ve bağışçılardan edinilecek kaynaklara artan bağımlılığında açıkça görünür. Bu kaynaklar şu anda toplam harcamanın üçte ikisini karşılamaktadır. "Her tip kurumda iktidar, küresel düzeyde az sayıdaki elde yoğunlaşmaktadır" (12. Bölüm).

Yukarıda gösterilen durumlar sağlığın –daha doğrusu sağlıksızlığın– ulusal ve küresel sosyal belirleyicilerini iyileştirmeye, sürdürülebilir sağlık sistemlerine erişim konusunda daha fazla adalet sağlamaya ve yoksul ülkelerin kamu sağlığı kapasitesini yeniden oluşturmasına yardım etmeye yönelik önlemler alınmasını gerektirir.

Kayda değer tarihsel kanıtlar, iktidarın ve siyasetin sağlık alanında gelişmelerle sonuçlanan politikaların ortaya çıkmasındaki önemli rolünü ortaya koyar. Sağlık tarihçisi Simon Szreter Britanya'da Endüstri Devrimi sırasında meydana gelen hızlı ekonomik değişimin halk sağlığı üzerindeki yıkıcı etkisini vurgular. Bu, özellikle hızlı büyüyen ve sanayi merkezleri haline gelen şehirlerdeki plansız yerleşimlerde yaşayanları etkilemiştir. Szreter'in analizi 19'uncu yüzyılın Britanya şehirlerindeki durumla sınırlı olsa da, bunlardan önemli dersler çıkarılabilir. Şu anda hakim durumda bulunan, ekonomik büyümeyi her şeyin önüne alan ve devletin büyüklüğünü ve rolünü azaltan neoliberal politikalarla ilgili olarak Szreter "Tarihsel kanıtların titiz bir incelemesi... merkezi devletin kaynaklarıyla desteklenmiş yerel yönetimlere güçlü bir müdahaleci rol verilmediği sürece, ekonomik büyümenin halk sağlığını ciddi ölçüde riske atacağını gösterir" der (Szreter, 2003, s. 428). Szreter, Britanya deneyimine referansla "ekonomik büyüme gerekli olsa bile halk sağlığının gelişimi için asla yeterli bir koşul olamaz... Sağlıkla ilgili ciddi gelişmeler, büyüyen kentli kitlelerin artan siyasal seslerini nihayet duyurmayı ve örgütlenmeyi başardığı; bu kitlelerin 1860'ların sonlarından itibaren gerçek anlamda oy hakkı kazanmaya başladıkları zaman (bu 1928'e kadar tam anlamıyla gerçekleşmeyen bir süreçti) ortaya çıkmaya başladı." Yeni kentli elitin belli kesimlerinin desteği "kartopu etkisiyle toplumsal bir harekete dönüştü. Kentin sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere yönelik geniş bir yatırım programına duyulan ihtiyacın farkına varılmasıyla, bu yeni sivil liderler kuşağı yerel kamu hizmetleri tekellerinden yeni finansman kaynakları edinme yolları buldular" (Szreter, 2003, s. 424).

İktidar, siyaset ve politikaların rolüyle ilgili Szreter'in analizini destekleyen daha yeni kanıtlar kalkınmakta olan pek çok yoksul ülkeden, Sri Lanka, Kosta Rika ve Hindistan'ın Kerala Eyaleti'ni içeren *Düşük Maliyete İyi Sağlık* (1 985 tarihli Rockefeller Vakfı raporunda tanımlanmıştır) örneklerinden geliyor (Halstead,

Walsh, & Warren, 1985). Bu bölgeler, devletin sosyal sektörlere ve özellikle de kadınların eğitimi, sağlığı ve refahına yönelik yatırımlarının tüm toplumun sağlığı ve toplumsal göstergelerine ciddi biçimde olumlu katkı yapacağını gösterir. Bu örnekler hükümetin toplumsal ihtiyaçlardan sorumlu ve topluma hesap verebilir hale gelmesi yönündeki örgütlü talebin sağlığa olumlu etki yapacak kamu politikalarını oluşturmada ne kadar önemli olduğunu da kanıtlar. Bu önemli dinamiğin farkına varılması, 1978'de düzenlenen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Yönelik Alma-Ata Konferansı'nda daha güçlü toplum katılımına yönelik bir çağrı yapılmasında etkili olmuştur. Farklı bağlamlarda farklı biçimler alabilecek geniş sivil toplum katmanlarının toplumsal mobilizasyonu süreci böyle bir siyasi iradeyi elde etmek ve sürdürmek için gereklidir. Analizciler, daha fazla sosyal adalet amacı doğrultusundaki siyasi kararlılığın Kosta Rika'da eşitlikçi prensipler ve uzun bir demokrasi tarihiyle, Kerala'da dezavantajlı durumda bulunan siyasal grupların ajitasyonu ile, Çin'de ise toplumsal devrimle elde edildiğine işaret etmiştir. Halkın "güçlü" bir şekilde katılımı sadece hükümetin sosyal ihtiyaçlara karşı sorumluluğunu artırmak için değil; kapsamlı bir sağlık sisteminin tasarlanması, uygulanması ve sürdürülebilmesi için hayati önemde olan etkin, bilinçli ve örgütlü bir toplum yaratılması için de gereklidir (Sanders, 2000).

Daha yakın zamanda, sağlık sistemlerinin geliştirilmesi ve sağlık çıktıları konusundaki önemli kazanımlar Brezilya gibi ana akım sağlık sektörü reformu olarak teşvik edilen politikalardan açık biçimde farklılaşarak ulusal –sağlık alanını da içeren– sosyal politikalar uygulayan ve göreceli olarak bağımsız bir ekonomik kalkınmayı başarıyla sürdürmüş ülkelerde yaşanmıştır. Brezilya'da aşağı yukarı geçtiğimiz on beş yıllık süreçte evrensel bir sağlık sisteminin yaratılmasına yönelik devamlı ve ciddi bir yatırım gerçekleşmiş, bunun en önemli öğesi ise Aile Sağlığı Programı olmuştur (Macinko, de Souza, Guanais, & da Silva Simoes, 2007). Bu program özellikle ilk basamakta daha erişilebilir ve adil sağlık hizmetleri sunmaya yönelik olmanın yanında, kendi çevrelerinde sağlık koşullarını olumsuz yönde etkileyen toplumsal faktörleri belirleyen ve bunlarla mücadele etmek için diğer sektörleri de göreve çağıran halk sağlığı çalışanlarını da işin içine katar. Brezilya'nın reformlarının siyasal bağlamı 1980'lerin sonlarına, halk hareketinin güçlü piyasa yanlısı politikalar uygulayan muhafazakar hükümete karşı ivme kazandığı yıllara kadar gider. Halkın bu hareketliliği geçtiğimiz on yıl boyunca bir şekilde zayıflamıştır; ancak, yerel hükümete toplumsal katılım hâlâ etkindir ve Ulusal Sağlık Konseyi gibi politika yapım sürecini demokratikleştirmede süregelen bir rol oynayan kurumlarca şekillendirilmektedir.

Yukarıdaki –günümüzden ve tarihsel– örnekler halk mücadelesi ile ulusal hükümetlerin eşitlikçi sosyal politikalar geliştirmek ve sağlık kazanımlarını güvenceye almak sorumluluğu arasındaki etkileşimin örnekleridir. Ancak, hem sağlık

sektörünün içinde hem de dışında pek çok sivil toplum mücadelesi örneği de vardır ki bunlar her zaman temel ve eşgüdümlü bir hükümet politikası değişimini başaramayabilirler. Ancak yine de sağlığın sosyal belirleyicilerini hedefleyerek belirli alanlardaki politika değişimlerini güvenceye alma yoluyla ulusal ve bazen küresel sağlık kazanımları elde edilmesini kolaylaştırmışlardır. Yakın zamanlı en iyi bilinen örneklerden biri Güney Afrika'nın HIV/AIDS ilaçlarının daha düşük bir maliyetle temin edilmesi amacıyla yürüttüğü hukuksal mücadeledir. 1997'de Nelson Mandela hükümeti ilaç fiyatlarını "paralel ithalat" –yani ilaçları daha düşük fiyata satıldıkları ülkelerden ithal etmek– ve yerel şirketlerin bazı patenli ilaçları telif ücreti karşılığında üretme hakkını veren "zorunlu lisanslama" yoluyla düşürmeyi amaçlayan bir yasayı onayladı. Bu yöntemler TRIPS anlaşmasına göre yasaldı zira tüm taraflar HIV/AIDS'in acil bir durum olduğu konusunda hemfikirdi; hatta bu durum Doha'daki DTÖ toplantısında da doğrulanmıştı. ABD yönetimi DTÖ içinde herhangi bir girişimde bulunmamakla birlikte, çok uluslu ilaç şirketleriyle ortak hareket ederek Güney Afrika hükümetinin yasayı yürürlükten kaldırması için pek çok baskı aracı (ticari yaptırım ve hukuki girişim tehdidi) kullanmıştı. Bu olaydan önce de benzer tehditler Tayland ve Bangladeş'e karşı kullanılmış ve istenen sonuçlar alınmıştı. Ancak, yerel ve uluslararası AIDS aktivistleri, sağlık alanındaki ilerici sivil toplum kuruluşları ve taviz vermeyen Güney Afrika hükümetinin yürüttüğü kararlı kampanya hem Amerikan hükümetini hem de çok uluslu ilaç şirketlerini konuyu alttan almaya zorladı (Bond, 1999).

Sivil toplum aktivizminin sağlıkta adaleti dolaylı yoldan etkileyen kapsamlı bir politika değişikliğini tetikleyen diğer bir yakın tarihli örneği ise Çok Taraflı Yatırım Anlaşması (MAI) karşıtı kampanyadır. Yurttaşlarla Dayanışma Amacıyla Finansal İşlemlerin Vergilendirilmesi Derneği (ATTAC) 1998 yılında Fransa'da adaletsiz küreselleşmeye karşı daha kapsamlı bir hareketin parçası olarak para hareketlerinden alınacak Tobin vergisine destek toplamak amacıyla kurulmuştur. Şu an pek çok ülkede kurumsallaşmış olan ATTAC, Fransa'nın OECD'nin MAI ile ilgili müzakerelerinden çekilme kararı almasında öncü bir rol oynamıştır. Bu karar müzakerelerin başarısızlığa uğraması sonucunu doğurmuş ve daha sonra da Fransız seçmenler 2005'teki referandumda AB Anayasa Tasarısını reddetmişlerdir (Waters, 2004).

Açıkça siyasal değişimi hedefleyen hareketler sıklıkla "politik" ve bir bakıma sadece "aktivistlerin" çalışma alanı olarak görülmekteler. Oysa bunların doğrudan halk sağlığı uygulamaları olarak görülmeleri gerektiği de iddia edilebilir. Halk sağlığı Satcher ve Higginbotham tarafından "... toplum olarak kolektif biçimde halkın sağlıklı olması için gereken koşulları sağlama yolunda neler yapabileceğimiz" şeklinde tanımlanmıştır (Satcher & Higginbotham, 2008). Bu ya-

zarlar sağlığın sosyal belirleyicilerinin bu koşulları sağlamak için ne denli önemli olduğunu belirtmekle beraber, bununla ilişkili olan sağlık (bu terimle büyük olasılıkla sağlık hizmetini kastediyorlar) sunumundaki eşitsizlikleri kaldırma yükümlülüğünü de vurgulamaktalar. Kendilerini halk sağlığı diye tanımlanan bu geniş alanla özdeşleştirenlerin potansiyel rolleri bağlamdan bağlama farklılaşacaktır ama temel olarak araştırma ve savunuculuğun bir karışımından oluşacaktır: Politik ilerlemeler sağlayan bu etkinliklerin olabilirliği çok sayıda faktöre ama sonuçta geniş toplumsal güçlerin ilgili konularda harekete geçirilme derecesine bağlıdır.

Sağlık alanındaki mevcut durum ve bunun bağlamı düşünüldüğünde araştırmalar sağlığın hem yerel hem de küresel düzeydeki belirleyicilerine odaklanmaya öncelik vermelidir (Sanders, Labonté, Baum, & Chopra, 2004). Labonté ve Spiegel bu araştırmaların yerel olguları yereldeki imkanları etkileyen küreselleşme süreçlerine bağlamaya çalışması gerektiğini savunuyorlar (Labonte & Spiegel, 2003). Sağlık alanındaki durumdan etkilenen vatandaşlar, mümkün olan her yerde bu araştırmalara dahil edilmeli ve elde edilen bulgular insanların politika değişimlerinin gerektiği ve neleri içermesinin zorunlu olduğu konusunda bilinçlenmeleri için kullanılmalıdır. 2002 yılında temeli atılan Küresel Eşitlik Gösterge Anlaşması (GEGA), sağlık ve sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin azaltılması amacıyla araştırmanın eyleme aktif bir şekilde yaklaşması şeklinde düşünülmüştü. Bu yaklaşma birbiriyle ilişkili üç süreç içeriyor: Değerlendirme ve izleme, yasal savunma ve mahalli güçlendirme. Farklı ülkelerdeki pek çok GEGA inisiyatifi, sağlığın yerel düzeydeki sosyal belirleyicilerini saptayarak ve bazı durumlarda bunların ulusal ve ulusüstü düzeydeki politika ve ilişkilerle bağlantısını ortaya koyarak bu programı başarıyla uygulamaktalar (Scott, Stern, Sanders, Reagon, & Matthews, 2008).

Geçtiğimiz on yılda, artan küresel adaletsizliklere cevap olarak büyüyen bir "anti-küreselleşme" hareketine tanık olundu. Bu hareketin somutlaştığı noktalardan biri her yıl yapılan buluşmalarına çok sayıda kişi ve kurumu çeken Dünya Sosyal Forumu'dur. Bu küresel toplumsal hareketin bir parçası olarak Halkların Sağlık Hareketi (PHM), dünya çapında sağlık alanında derinleşen eşitsizliklerin ekonomik ve siyasal sebepleriyle mücadele etmek için 2000'li yılların sonunda kuruldu. Şu an yaklaşık 80 ülkede mevcut olan PHM (www.phmovement.org) sağlık çalışanları, aktivist akademisyenler ve araştırmacılar ile DSÖ'nün Herkes İçin Sağlık politikasını destekleyen duyarlı yurttaşlardan oluşan büyük bir küresel sivil toplum ağıdır. Bu ağ dünya çapında sağlık alanında derinleşen eşitsizliklerin ekonomik ve siyasal sebepleriyle mücadele etmeyi görev edinmiştir ve 1978 yılındaki Alma-Ata Konferansı'nda küresel sağlık politikası olarak lanse edilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ilkelerine dönüş çağrısında bulunmak-

tadır. PHM, hastalıklar ile yoksul ve dışlanmış insanların erken ölümlerinin altında eşitsizlik, yoksulluk, sömürü, şiddet ve adaletsizliğin yattığını kabul eder. PHM'nin vizyonu, şu anda yaklaşık 40 dile çevrilmiş olan Halkların Sağlık Bildirgesi'nde ifade edilmiştir. 2005'te Ekvador'da düzenlenen ve 1400'ü aşkın kişinin katıldığı ikinci Halkların Sağlık Asamblesi'nde PHM Küresel Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Hakkı kampanyasını üstlenmiştir. Bu kampanya, belirli bir zamanla sınırlı ve aşamalı şekilde sağlık hakkının yaşama geçirilmesi için eş güdümlü ulusal ve uluslararası düzeydeki eylemleri içerir.

PHM, Medact ve Küresel Eşitlik Gösterge Anlaşması ile birlikte küresel sağlık durumu hakkında eleştirel bir rapor olan Küresel Sağlık Gözlemi'nin (GHW) hazırlanmasını koordine etmektedir. Bu raporun temel amacı küresel sağlığın ve bunu ele alan inisiyatiflerin mevcut durumuyla ilgili bilgi sunmaktır. GHW hastalıkların toplumsal, ekonomik ve politik belirleyicilerini vurgulayan bir rapor olma özelliği taşımaktadır. Rapor, sağlık profesyonelleri, politika yapıcılar ve sivil toplumun bu konular hakkında daha fazla bilgilendirilmesini sağlamaya çalışmaktadır. GHW kamusal hesap verebilirliği ve halk sağlığı kurumlarını güçlendirme yoluyla, hem ulusal hem de küresel düzeyde bu kurumların adil ve şeffaf bir şekilde yönetilmesini ve sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetlerini yerine getirebilecek şekilde yetkilendirilmesini sağlamak için kendisini bir araç olarak sunmaktadır.

Bu kitap küreselleşmenin sağlık sonuçlarının ve sağlıkta eşitliğin bir toplumsal belirleyicisi olarak temel ve büyüyen etkisi üzerine ikna edici kanıtları bir araya getirmiştir. Umulur ki, okurların küresel sağlık durumu ve gittikçe karmaşıklaşan belirleyiciler dizisini kavrayışının artmasına yardımcı olsun. Bu kısa bölüm, mevcut güç dengesizliklerine meydan okumanın sağlık adaletsizliklerinin sosyal belirleyicilerini iyileştirmek için temel yol olduğunun anlaşılmasını sağlamaya çalıştı. Marx'a ait bir sözü başka kelimelerle ifade edersek, halk sağlığı araştırmacıları ve politika yapıcılar sağlığın sosyal bileşenlerini şimdi daha iyi anlıyorlar; ama yapılması gereken onları değiştirmektir.

KAYNAKLAR

Bond, P., (1999). Globalization, pharmaceutical pricing, and South African health policy: Managing confrontation with U. S. firms and politicians. *International Journal of Health Services,* 29, 765-92.

Frenk, J., Bobadilla, J. L., Sepulveda, J., & Lopez Cervantes, M. (1989). Health transition in middle-income countries: New challenges for health care. *Health Policy and Planning,* 4, 29-39.

Halstead, S. B., Walsh, J. A., & Warren, K., S., eds. (1985). *Good health at low cost.* New York: Rockefeller Foundation.

Labonté, R., & Spiegel, J. (2003). Setting global health research priorities. *British Medical Journal,* 326, 722-23.

Macinko, J., de Souza, M., Guanais, F., & da Silva Simoes, C. (2007). Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social Science and Medicine,* 65, 2070-80.

Sanders, D. (2000). *PHC 21-Everbody's Business. Main background paper for the Meeting:* PHC 21-Everbody's Business, an international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata, Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998, WHO/EIP/OSD/00.7. Geneva: World Health Organization.

Sanders, D., Labonté, R., Baum, F., & Chopra, M. (2004). Making research matter: A civil society perspective on health research. *Bulletin of the World Health Organization,* 82, 757-63.

Satcher, D., & Higginbotham, E. H. (2008). The public health approach to eliminating disparities in health. *American Journal of Public Health,* 98, 400-3.

Scott, V., Stern, R., Sanders, D., Reagon, G., & Matthews, V. (2008). Research to action to address inequities: The experience of the Cape Town Equity Gauge. *International Journal for Equity in Health,* 7.

Szreter, S. (2003). The population health approach in historical perspective. *American Journal of Public Health,* 93, 421-31.

Waters, S. (2004). Mobilising against globalisation: ATTAC and the French Intellectuals. *West European Politics,* 27, 854-74.



SAĞLIK POLİTİKASI REFORMU

Yanlış yolda mı gidiyoruz?

John Lister

Çeviren: M.İnan, A.Kılıçaslan, N.Erten, İNSEV Yayınları, 2008, 416 sayfa.

İNSEV YAYINLARI'nın ilk kitabı olan Dr. John Lister'ın Sağlık Politikası Reformu, Türkiye'deki sağlık politikalarını, küresel bağlamda anlamlandırmamıza, diğer ülkelerdeki sağlık reformu pratiklerini ve sonuçlarını değerlendirebilmemize imkân tanıyacak kapsamlı bir çalışmadır. Yazar, 1980'lerin başından itibaren Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü gibi küresel aktörler tarafından teşvik edilen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde birbiri ardına uygulanmaya başlanan 'sağlık reformları'nın 'küresel bir endüstri' haline geldiğini iddia ediyor. Kitapta, uygulanmakta olan reformların başarı ve başarısızlığını sınamak amacıyla, gelişmiş ve gelişmekte olan toplam kırk iki ülkenin 'sağlık reformları' analiz ediliyor.

John Lister, 'piyasa-tarzı' sağlık reformlarının, ekonomik gereksinimden çok, ideolojik inançla yürütüldüğünü ve bu tür reformların, vaat ettikleri ilerlemeleri gerçekleştirememelerine rağmen çoğaldığını savunuyor. Yazar verdiği örneklerle, reformların, hizmetlerin iyileştirilmesi, hizmetlere erişimdeki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gibi amaçlarla değil, piyasa ve aktörler tarafından yönlendirilen, temelde gereksiz tıbbi teknoloji, ilaç ve kâr oranını yükseltmeyi amaç edinen bir dizi araç ve politikalarla uygulanmakta olduğunu ortaya koyuyor.

John Lister, aynı zamanda, okuyucuların herhangi bir ülkedeki sağlık reformunu ele alırken, 'bütçe kesintilerini gizlemeyi amaçlayan boş vaatler ve göz boyamalar' ile 'gerçekten olumlu reform önerileri' arasında bir ayrım yapmalarına yardımcı olabilecek kapsamlı bir kontrol listesi sunuyor. Küresel sağlık reformu endüstrisinin eleştirel bir kılavuzu olan bu kitap hiç şüphesiz, Türkiye'de de uygulanmakta olan sağlık politikalarının yeniden değerlendirilmesine ve sağlık reformlarının uygulandığı küresel içeriğin yeniden düşünülmesine katkı sağlamaktadır.



SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ

M. Marmot, R.G.Wilkinson

Çeviri Ed. İ.Kayı-Y.Yasin, İnsev Yayınları, 2009, 411 sayfa.

İNSEV YAYINLARI, "sağlık politikaları" "sağlık hakkı" ve "sağlığın daha geniş unsurlarını ele alan" yayın çizgisine ikinci kitabı Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile devam ediyor.

2006 yılında İngiliz Tabipler Birliği (BMA) Halk Sağlığı Kategorisi Birincilik Ödülünü kazanan Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, her biri alanlarında uzman çok sayıda yazarın kaleme aldığı, sağlık ile doğrudan ilişkili gıda, ulaşım, etnisite, cinsel davranışlar, erken yaşam, yaşlılık, barınma, işyerleri, mahalleler gibi pek çok alandaki araştırmaları içeren 16 makaleden oluşmaktadır.

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri bu alanda şu ana dek yapılmış "en kapsamlı, en sarsıcı ve en saygın" araştırma olup özlü anlatımıyla sadece uzmanlarının değil toplumların "iyilik hali"yle ilgilenen herkes için temel başvuru metni özelliği taşımaktadır. Halk sağlığının en önemli bileşenlerinden birinin "politika yapmak" olduğu düşünülürse, bu açıdan da kitabın Türkiye'deki halk sağlıkçıları, sağlık politikalarıyla ilgilenenler, sağlığın sosyal ve ekonomik arka planı ile daha geniş bir perspektiften sağlığın somut politikalarla ilişkisini merak edenler için çok önemli bilgiler içermektedir. Her makalenin sonunda yer alan "politika önermeleri", yeni politika üretmek ya da var olanı değiştirmek için izlenebilecek yollar konusunda çok değerli yöntem ve deneyimleri aktarmaktadır.

Michael Marmot Türkçe Baskıya yazdığı Önsöz'de çalışmanın amacını şöyle özetliyor: "Amacımız, tüm toplumlar ve halklar için anahtar konumdaki bir sorun – sağlığın adil paylaşımı – hakkında en iyi bilimsel kanıtları ortaya koymaktır. Dünya genelinde, bundan daha önemli başka ne olabilir?"

Kitap hakkındaki yorumlardan:

"Anlaşılır bir şekilde düzenlenmiş olması ve özlü anlatımıyla bu kitap, sağlığın belirleyicileriyle ilgilenen herkes için uygun bir eserdir...Marmot ve Wilkinson, olgunlaşmakta olan sağlık ve sağlık politikaları araştırmalarına, iyi bir zamanlamayla katkıda bulunmuşlardır."

Social Science and Medicine

Küreselleşme ve Sağlık

Günümüzdeki küreselleşme, dünyanın her yerinde sağlıkta hakkaniyet üzerinde olağanüstü bir etkiye sahiptir. Ancak, hiçbir kitap sağlık çıktılarındaki küresel eğilimler ile küreselleşme arasındaki ilişkiyi sistematik olarak analiz etmiş değildir. Bu kitap, Dünya Sağlık Örgütü'ne bağlı Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu bünyesindeki Küreselleşme Bilgi Ağı (KBA) tarafından yürütülmüş olan çalışmaların bulgularını güncelleyip bir araya getirmektedir. Kitaptaki bölümlerde ele alınan sorular şöyledir: Ticaretin serbestleşmesi sağlığın sosyal belirleyicilerini nasıl etkilemiştir? Küreselleşme gıda güvenliğini, beslenmeyi, su ve sanitasyona hakkaniyetli erişimi nasıl etkilemiştir? Bugünün küresel yönetişim yapıları, sağlıkta hakkaniyeti sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkili olacak şekilde ne ölçüde dikkate almaktadır? Bu değerli çalışma, küreselleşme, sağlık ve sosyal politika ve sosyal bilimler içinde halk sağlığı üzerine çalışan araştırmacı ve öğrencilerin okuması gereken bir eserdir.

İNSEV YAYINLARI

www.insev.org.tr