



ULUSLARARASI AKTÖRLERİN KÜRESEL SAĞLIK POLİTİKALARI ÜZERİNE ETKİLERİ: TEORİK BİR İNCELEME

THE EFFECTS OF INTERNATIONAL ACTORS ON GLOBAL HEALTH POLITICS: A THEORETICAL REVIEW

Erdal EKE¹, Selin EROYMAK²

Öz

Özellikle 1980'li yıllardan günümüze kadarki dönemde, küreselleşme olgusunun da etkisiyle küresel sağlık politikaları ve uygulamalarında ciddi bir değişim ve dönüşüm gerçekleşmiştir. Bu çalışmanın amacı Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi uluslararası aktörlerin küresel sağlık politikaları ve uygulamaları üzerindeki etkisini betimlemektir. Çalışma kapsamında sağlık politikaları açısından Dünya Sağlık Örgütü'nün günümüze kadarki yaklaşım tarzı kronolojik bir bağlamda ele alınmış, ayrıca Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun sağlık politikalarına yönelik faaliyetleri hakkında da bir betimleme yapılmaya çalışılmıştır. Çalışma ile uluslararası aktörlerin sağlık politikalarının şekillenmesi ve uygulanması açısından ciddi bir etkiye sahip oldukları ve politikaların özündeki düşüncenin zamana göre değiştiği başta olmak üzere çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Küresel Sağlık Politikası, Küreselleşme, Neoliberalizm, Uluslararası Kuruluşlar, Sağlık Yönetimi.

Abstract

Especially until nowadays from in the 1980s, with the effect of the globalization phenomenon, there has been a significant change and transformation in global health policies and practices. The purpose of this study is to describe the impact of international actors such as World Health Organization, World Bank and International Monetary Fund on global health policies and practices. Within the scope of the study, the approach of the World Health Organization in terms of health politics was taken up in a chronological context. In addition, a description has been made about the activities for health policies of the World Bank and International Monetary Fund. The study has shown that these international actors have a significant influence in shaping and implementing health policies. At the same time, various results have been reached, such as the core of policies of these institutions have changed over time.

Keywords: Global Health Policy, Globalization, Neoliberalism, International Institutions, Health Management.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi. erdaleke@sdu.edu.tr

² Arş. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, selineroymak@sdu.edu.tr

1. GİRİŞ

Devletlerin sosyal, siyasal ve kültürel gelişimlerini etkileyen en önemli parametrelerden birisi hiç kuşkusuz ekonomik kalkınma düzeyidir. Ekonomik kalkınma düzeyi, günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık dörtte üçünü oluşturan az gelişmiş ülkelerin mevcut süreçte en önemli problemi olarak gösterilmektedir. Bu sorunun çözümüne yönelik son elli yılda konu hakkındaki artan ilgiye rağmen, bu ülkeler ile sanayileşmiş ülkeler arasında önemli ortanda refah farklılığı olduğu somut bir gerçeklik olarak kendisini hissettirmektedir. Az gelişmiş ülkelerde yaşayan milyonlarca insan halâ yeterli gıda, eğitim ve sağlık gibi temel gereksinimlerden yoksundur. Bununla birlikte bu ülkeler işsizlik ve yoksulluk gibi problemler ile baş etmeye çalışmaktadır (Şenses, 2004:1). Böyle bir küresel ortam içerisinde ise az gelişmiş ülkelerin kalkınması için batılı yardım kuruluşları ve politik çevreler bu sorunların çözümüne yönelik adımlarını, öncelikli olarak nüfus kontrolleri ile gerçekleştirmişlerdir (Soyer, 1991:59).

Son yıllarda küreselleşme ile birlikte neoliberal politikalar etkisini her alanda göstermiştir. Bununla birlikte sosyal, siyasal, ekonomik ve teknolojik göstergelerdeki değişimler, dünya genelinde keskin bir dönüşüm ve değişim sürecinin yaşanmasını kaçınılmaz hale getirmiştir. Ulusal ve uluslararası düzeyde ve hemen her alanda yaşanan bu değişimde ise neoliberal politikalar çerçevesinde serbest piyasa ekonomisinin kurallarının geçerli kılınmaya çalışıldığı girişimlerin belirleyici faktörler olduğu ifade edilmektedir (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:45). Özellikle 1980'lerde ABD'de Reagan ve İngiltere'de Thatcher dönemindeki neoliberal politikaların küreselleşme sürecindeki başat aktörler olan uluslararası kuruluşların amaçları ile birleşmesi noktasında etkileri ve girişimleri çeşitli olmuştur (Güler, 1996:81-82). Bu girişimlerin yansımaları sağlık alanında da yaşanan olumsuzluklar ve eşitsizlikler ile kendini göstermiş olup, birçok ülkede çok büyük boyutlara ulaştığı belirlenmiştir. Özellikle Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Dünya Bankası (WB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası nitelikteki kuruluşların da yaşanan bu değişim ve dönüşüm sürecinde dolaylı ya da doğrudan bir role sahip olduğu ileri sürülmektedir (Ruger, 2005:60-61; Dedeoğlu, 2010:361; İnsel, 2015:183). Bu sebeple bu kurum ve kuruluşların bu süreç içerisinde üstlendikleri ve üslenmeleri gereken rollerinin değerlendirilmesinin, gelecek dönem küresel sağlık politikalarının şekillenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu bağlamda konunun en derinine inilerek kavramsal bir çerçeve oluşturmak için öncelikle küreselleşme kavramına kısaca değinilmiş ve küreselleşme ile yeni dünya düzeni çatısı altında sosyal devletin rolünü nasıl bir dönüşüme uğradığından kısaca bahsedilmiştir. Buradan yola çıkılarak sosyal devlet anlayışının gereği olan yaşama hakkından sonra en temel haklardan sayılan sağlık hakkının, küreselleşen dünyada nasıl etkilendiği ve küreselleşmenin sağlık politikalarını nasıl etkilediği irdelenmeye çalışılmıştır. Özellikle sağlık üzerinde kimi zaman doğrudan kimi zaman da dolaylı etkileri olan ve yukarıda adı geçen uluslararası aktörlerin bu kapsamdaki rolleri, görev ve sorumlulukları ile yaptıkları uygulamalar ve sonuçlarının neler olduğu eleştirel bir bakış açısı ile incelenmiştir.

1.1. Küreselleşme Kavramı

Toplumlar arasında mal, hizmet ve sermayenin hareket etmesinin önündeki engelleri ortadan kaldırarak dünya ekonomisini daha bütünleşik bir yapı haline getiren küreselleşme olgusu, aynı zamanda bilgi ve teknoloji akımlarını hızlandırarak toplumları, kültürel ve kurumsal yönden birbirlerine yaklaştıran bir rol oynamaktadır (Yanar ve Şahbaz, 2013:56). Diğer bir ifadeyle küreselleşme süreci, ekonomik hayat içerisinde piyasa egemenliği, özel girişimcilik, iyi yönetim uygulamaları, esneklik, verimlilik ve bireyciliği odak haline getiren kapitalist sistemin, günümüz dünya sisteminin yeni bir boyutu olarak değerlendirilmektedir. Bahsedilen özelliklere sahip

yeni düzende yaşamak durumunda olan toplumların, devletin piyasadaki fonksiyonunun sınırlandırılması, sivil toplumun güçlendirilmesi ve özelleştirmenin yaygınlaştırılması gibi temel politik değişim adımlarına yönlendirilmesi söz konusu olmuştur (Yıldız, 2008:30). Tüm bunlar ise küreselleşmenin, neoliberalizmin en temel ideolojik söylemlerinden biri haline gelmesine ve dünyaya yayılmasında önemli rol oynamıştır (Güzelsarı, 2003:17).

Küreselleşme kavramı son yıllarda üzerinde en çok tartışılan konulardan biri olmuştur. Bu duruma paralel olarak küreselleşme kavramı üzerinde yazılan akademik literatür son on yılda geniş bir yelpazede artış göstermiştir (Lee vd., 2002:3; Bayar, 2008:25; Yıldız, 2008:31). Küreselleşme sürecinin gerçekleşip gerçekleşmediği, hangi biçimde ve hangi ile olduğu sonuçlarının ne olduğu konusunda da yoğun tartışmalar yaşanmaktadır (Lee vd., 2002:3). Bu tartışmaların ekseninde şekillenen küreselleşme kavramının genel kabul gören bir tanımı bulunmamakla birlikte kavramın; uluslararasılaşma, liberalizasyon, evrenselleşme, karşılıklı bağımlılık, batılılaşma, modernizasyon (Bayar, 2008:25) ya da dünya kapitalizmi, yeni dünya düzeni gibi farklı terimler ile anılmakta olduğu tespit edilmiştir (Yıldız, 2008:31). Terim ile ilgili yapılan en basit tanımda ise küreselleşme, karşılıklı bağımlılık ekseninde dünyanın farklı bölgelerinde yaşayan birey, toplum ve devletle arasındaki etkileşim ve iletişim derecesinin giderek artması ile (Bayar, 2008:25; Tion, 2014:9) dünyanın büyük bir köy haline getirilerek bütünleşmenin sağlanması olarak kavramsallaştırılmıştır (Güler, 1996:43). Bir başka tanımda ise küreselleşme terimine yönelik bütünsel bir yorum getirilmiş ve bu kavram “karşılıklı birbirini etkileyen hassas dengeler üzerinde yer alan olgular” (Karabıçak, 2002:116) şeklinde tanımlanmıştır.

Literatürde yer alan küreselleşme tanımlarına bakıldığında ortak paydanın, sınırların aşılması ve karşılıklı bağımlılık ekseninin artırılmasına atıf yapılması olarak görüldüğü belirlenmiştir. Konuyla ilgili bir bakış açısına göre devletler kaçınılmaz olarak bu küreselleşmenin bir parçası olmak için çabalamakta ve tek başlarına hareket etmekten ziyade küresel ekonominin kuralları ve taleplerine uygun olarak politikalarını şekillendirmeye çalışmaktadırlar (Yıldız, 2008:30). Nitekim devletlerin ancak bu küresel ekonomi politığının işleyiş kurallarını öğrenerek kendi toplumlarına uyguladıkları oranda başarılı sayıldıkları yönünde bir algının söz konusu olduğu da tespit edilmiştir.

Bu durum ise devletin, sosyal yapısından uzaklaşarak küresel dünyaya açılması şeklinde bir felsefe ve anlayış değişikliği sonucuyla kendisini göstermektedir. Bu bakımdan küreselleşmenin devletin değişen rolü ve yaşadığı dönüşüm üzerindeki etkisinin incelenmesi önemli görülmektedir.

1.2. Sosyal Devletin Dönüşümü ve Devletin Değişen Rolü

II. Dünya savaşı sonrası dönem, devletin ekonomik hayatı çeşitli biçimlerde yönlendirip yön verdiği bir süreç olmuştur. Sosyal devlet ve refah devleti anlayışı da bu dönemde ortaya çıkmıştır (Yaşar, 2011:165). Örneğin 1970'lere kadar Kıta Avrupa'sı ülkelerinde devlet, eğitimden sağlığa kadar temel kamusal hizmetleri toplumun tüm kesimlerine sunan sosyal bir kurum olarak görevini yerine getirmiştir. Öyle ki fırsat eşitliğinin yaşamın her alanında temin edilmesi, refahın adil bölüşümünün sağlanması, aile ve çocuk yardımlarının sunulması, iyi bir yaşam sürmek için gerekli niteliklere sahip olamayan nüfusun korunması ve bu kapsamda bireylerin başta sağlık hizmetleri olmak üzere eğitim ve barınma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması, sosyal devletin birincil kamusal sorumluluğu altında yer almıştır. Ancak sosyal devlet anlayışı gereği kamusal sorumluluk altında sunulan hizmetler, küreselleşme ile birlikte temel bir dönüşümün içerisine girmiştir (Yıldız, 2008:30). Nitekim 1980'li yıllardan itibaren yeni dünya düzeni olarak da isimlendirilen kapitalist bir serbest piyasa ekonomisi yapısı inşa edilmeye çalışılmıştır. İnşa edilmeye çalışılan bu düzenin kurumları ve kurallarının da küreselleşme simgesi ile

benimsetilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla kullanılan küreselleşme simgesi ise tek seçenek olarak ortaya konulmuştur (Ertuna, 2006:36). Toplumlar bu küreselleşme sürecinde sorunlar ile baş etme noktasında önemli güçlüklerle karşı karşıya kalmışlardır (Yıldız, 2008:31). Bu dönemde sosyal devletin getirmiş olduğu sosyal refah uygulamaları ciddi eleştirilere maruz kalmış ve tartışmalara konu olmuştur. Bu eleştiri ve tartışmaların en önemli noktası ise sosyal refah uygulamalarının sürekli olarak artması ve bu doğrultuda kamu bütçesi için önemli bir yük haline gelmesi olmuştur (Bulut, 2003:73). Daha önceleri rahatlıkla finanse edilebilen kamusal harcamalar, bu dönüşüm süreci içerisinde refah devletlerinde önemli maliyet problemlerinin en ciddi nedeni olarak gösterilmiştir. Bu problemler karşısında da refah devletlerinin sosyal yönünün törpülenerek hizmet sunumunda egemenliğin piyasa mekanizmasına bırakılması yönünde neoliberalizm odaklı öneriler kamuoyunda ciddi bir destek bulmuştur. Burada dikkati en çok çeken nokta ise daha önce kamu tarafından yürütülen eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin yeni organizasyonel yapı içerisinde piyasaya kısacası özel sektör ve üçüncü sektör kuruluşlarına devredilmesi düşüncesi ve bu yöndeki uygulamalar olmuştur (Yıldız, 2008:30-31). Kısacası devletin üretici konumdan uzaklaştırılarak devlet-piyasa ilişkilerinin yeniden düzenlenmesi öngörülmüştür (Ataay, 2006:17). Bu değişimlerde geleneksel anlamda sosyal devletin sonunun geldiği yönünde yorum ve değerlendirmeleri beraberinde getirmiştir (Yaşar ve Yaşar, 2012:71-72). Daha genel bir ifadeyle neoliberal düşüncenin yansımalarının olduğu yeni dönemde kamusal hizmetlerin yerine getirilmesinde serbest piyasa mekanizması daha etkin hale gelmiştir. Yaşanan bu değişimde ise küreselleşmenin sağlık gibi temel kamusal hizmetler üzerinde çok çeşitli etkileri olmuştur.

1.3. Küreselleşmenin Sağlık Politikaları ve Uygulamaları Üzerine Etkileri

Küreselleşmenin ülkeler üzerinde olumlu ve olumsuz pek çok etkisi bulunmaktadır. Örneğin dışa açılma ile daha yüksek üretim ve tüketim düzeyine ulaşarak ekonominin hızlı büyümesi ile ortaya çıkan olumlu etkilerin yanı sıra (Yanar ve Şahbaz, 2013:56) gelişmekte olan ülkelerin uluslararası ekonomiye bağımlılıklarını arttırarak bu ülkelerin sosyal ve ekonomik göstergeler açısından daha kötü bir süreci yaşamaya başlamaları gibi olumsuz etkileri de söz konusu olmuştur (Karabıçak, 2002:121). Benzer şekilde küreselleşme ile dış etkilere daha açık hale gelen gelişmekte olan ülkelerdeki ekonomik sistemin, içerideki kırılganlığı arttırarak yoksul kesim üzerinde olumsuz etkileri beraberinde getireceği de ifade edilmiştir (Yanar ve Şahbaz, 2013:56). Kısacası küreselleşme, toplumların ekonomik ve kültürel olarak büyümelerine sağladığı fırsatlar için övülürken kimlerin elinde olup ne şekilde yönetildiğinin bilinmezliği ile ilgili de ciddi eleştirilere maruz kalmıştır (Berlinguer, 1999:580). Bununla birlikte küreselleşmenin toplumların sağlığı üzerine olumlu etkilere sahip olduğunu iddia edenlerin yanı sıra bu görüşün tam tersi olarak toplumların sağlığı üzerine olumsuz etkilere sahip olduğunu ifade eden karşıt görüşler de yer almaktadır (Tarcan, 2001:31). Örneğin gelişmekte olan ülkelerin aldıkları dış yardımlardan çok daha yüksek düzeylerde yıllık mali kayıp yaşamaları, küreselleşmenin gelişmekte olan ülkeler üzerindeki olumsuz etkisinin en açık örneklerinden birisi olarak gösterilmektedir. Bu bağlamda bir başka örnek ise küreselleşme nedeniyle az gelişmiş ülkelerinin vatandaşları için minimum refah seviyesindeki hizmetleri sunamamaları olarak ifade edilmektedir. Bu durum hizmet sunumunun alternatif olarak özel sektöre bırakılması veya hizmetlerin doğrudan özelleştirilmesi gerektiğinin imasını beraberinde getirmektedir. Bu tip özelleştirme stratejileri, yoksullara sunulacak olan hizmetlerin erişimini ve kalitesini düşürmekte ve zengin ile fakir arasındaki uçurumun genişlemesine neden olmaktadır (Schuftan, 2003:1). Nitekim küreselleşmenin sağlık üzerindeki etkileri özelleşme önerileri ve uygulamaları ile başlamış ve sağlık hizmet sektöründeki rol ve sorumluluklar açısından küresel kurum ve kuruluşların faaliyet alanının genişletilmesi ile devam ettirilmiştir.

Küresel sağlık politikalarında rol oynayan uluslararası nitelikteki kurum ve kuruluşların bu alandaki faaliyetlerinin üç farklı yol üzerinden yürütüldüğü vurgulanmaktadır (Koivusalo, 2010:279);

- Dünya üzerinde düzenleyici nitelikte adımlar atılması ve standartların getirilmesi,
- Tüm dünyanın ortak adımlar atmasına imkân tanımak için (herkes için sağlık politikası, HIV/AIDS sorunu gibi) kapsamlı sağlık politika gündemlerinin belirlenmesi,
- Ulusal nitelikteki sağlık uygulamalarının küresel sağlık politikaları yolu ile nasıl destekleneceğinin ya da nasıl sınırlandırılacağına belirlenmesi ve sağlık kaynaklarının bölüşümünün sağlanmasıdır.

Sağlık sektörü önemli bir ekonomik sektör ve sosyal politikanın temel alanı olduğu için bu sektördeki politikaların küreselleşme sürecinin yansımaları tarafından nasıl etkilendiğini ortaya koymanın önemli olduğu ifade edilmektedir (Lee vd., 2002:3). Öncelikle DSÖ olmak üzere küresel düzeydeki sağlık politikalarının belirlenmesi sürecinde yer alan kurumların bu alanda sahip oldukları bilgi birikimlerinin, ortak dil kullanımı sonucunda oluşan ortak anlayışlarının ve paylaştıkları önceliklerin aynı olduğu ifade edilmektedir. Bu durum sağlık politikalarında toplumsal yaklaşımdan uzaklaşılarak politikaların tıbbileşmesi sorununu ortaya çıkarmasına rağmen, politikadaki ortak söylem her ülke için farklı sorunların değerlendirilebilmesine imkân tanıyan bir ortamı da beraberinde getirmiştir. Ancak küresel sağlık politikalarını belirlemeye yönelik çabalar karşısında ticari ve ekonomi politikaları ön plana çıkmaya başladığı anda ise Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü (WTO) ve OECD gibi uluslararası kurumların öncelik belirleme ve görüş belirtmede başat aktör konumuna yerleştikleri ve konumlarında felsefe ve düşünce açısından bir sapma meydana geldiği ileri sürülmektedir (Koivusalo, 2010:279-280).

2. DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (DSÖ)

Sağlık alanında etkin rol oynayan ve küresel çaptaki sağlık sorunlarının çözümünde yardımcı olan uluslararası nitelikte pek çok kuruluş bulunmaktadır. Bunların içerisinde kuşkusuz en önemlilerinden birisi, DSÖ'dür. Bu bakımdan DSÖ'nün kuruluş amacının ne olduğundan, üstlendiği misyona ve günümüze kadar nasıl bir değişim yaşadığına derinlemesine bakılmasında fayda görülmektedir.

İkinci dünya savaşının sonuçlarının toplumlar üzerindeki en büyük etkisi sağlık alanında olmuştur. Savaş süreci ve sonrasında sağlık hizmetlerine duyulan ciddi gereksinim, DSÖ'nün kurulmasındaki en önemli etken olmuştur. (Aksakoğlu, 2003:1). Tüm bu sebeplerle 1945 yılında Birleşmiş Milletler Konferansı'nda uluslararası nitelikte bir sağlık örgütünün kurulması amacı ile toplantı düzenlenmesi isteği oybirliğiyle kabul edilmiştir. Ardından Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi, bu amaç ile 15 kişilik bir teknik komite oluşturmuştur. Oluşturulan komite, kurulacak uluslararası nitelikteki sağlık örgütü için anayasa taslağını hazırlamıştır (Duda, 2008:64). DSÖ'nün Anayasası, 19 Haziran-22 Temmuz 1946 tarihleri arasında New York'ta 61 devletin temsilcileri tarafından Uluslararası Sağlık Konferansı'nda kabul edilmiş ve 7 Nisan 1948 tarihinde yürürlüğe girmiştir (World Health Organization, 1995:1). DSÖ Anayasası'nın yürürlüğe girdiği 7 Nisan tarihi ise her yıl "Dünya Sağlık Günü" olarak kutlanmaya başlanmıştır (Duda, 2008:64). Bu anayasaya göre anayasayı kabul eden ülkeler Birleşmiş Milletler Tüzüğü'ne uygun olarak DSÖ'nün temel ilkelerini tüm insanların mutluluğu, uyumlu ilişkileri ve güvenliği için temel taşıdığını beyan etmektedir (World Health Organization, 1946:119; World Health Organization, 1995:1). Ayrıca DSÖ'nün sağlık alanındaki misyonunu özetleyen rolü, örgüt anayasasının 2. maddesinde açıkça belirtilmiştir. DSÖ'nün bu alandaki temel misyonu "*sağlık alanındaki çalışmalar üzerinde*

yönlendirici ve koordinasyon otoritesi olarak hareket etmek; Birleşmiş Milletler, uzmanlaşmış kurumlar, hükümetlerin sağlık idareleri, meslek grupları gibi örgütler ile etkili bir işbirliği kurmak ve sürdürmek” (World Health Organization, 1946:119) olarak ifade edilmiştir.

Bununla birlikte DSÖ'nün kuruluş amacında da temel üç işlevinin olduğu belirtilmiştir. Bunlar; normatif standartları belirlenmesi, tıbbi konularda teknik tavsiyelerde bulunulması ve yardım sağlanması ile sağlık politikasındaki değişikliklerin desteklenmesi olarak sıralanmıştır (Godlee, 1994a:1491). Bununla birlikte DSÖ'nün kurulduğu 1948 yılından 2000'li yıllara kadar değişen koşullar ve yaşanan problemler nedeni ile örgüt yapısında, programlarında ve perspektifinde önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir (Walt, 1993:133). Örneğin kuruluş yıllarından 1970'li yılların sonuna kadar DSÖ'nün ilk iki işlevinin, onun bilimsel mükemmelliğini ve saygınlığını kazanmasında belkemiğini oluşturduğu söylenmektedir. 1977 yılında ise politik destek rolünü “Herkes İçin Sağlık” ideali ile ön plana çıkardığı ve bu dönemden sonra uluslararası alandaki sağlık politikalarını etkilemede önemli bir rol üstlendiği belirtilmektedir. Bununla birlikte 1990'lı yıllarda ve daha sonrasında örgüt, eski nüfuzunu kaybederek teknik rolüne ve biyomedikal kabuğuna geri döndüğü iddiaları nedeniyle eleştirilere maruz kalmıştır (Godlee, 1994a:1491). Bu noktada DSÖ'nün dönemleri ile birlikte incelenmesinin örgütün yaşadığı değişimin ve bu değişimin nedenlerinin tam olarak anlaşılabilmesi için önemli olduğu düşünülmektedir. DSÖ kuruluş aşamasından 2000'li yılların başlangıcına kadar geçen süreç, Walt tarafından 3 temel döneme ayrılarak incelenmiştir (1993:133-138). Bu dönemler şu şekildedir;

Tablo 1. Kuruluşundan 2000'li Yıllara Kadar DSÖ

Dönemler	Tarih Aralığı	Dönemin İsmi	Genel Yaklaşım	Genel Başkan	Örgütün Bakış Açısı ve Odaklandığı Sağlık Sorunları
1.Dönem	1950-1970	Sağlık Sorunlarına Teknik Yaklaşım Dönemi		Marcolino Candau	Hastalık odaklı sağlık anlayışı gereği dünyadaki önemli hastalıklara yönelik tıbbi ve teknik çalışmalar ile bulaşıcı hastalıklar ile mücadele ön plandadır. DSÖ bu dönemde siyasi ve dini çatışmalardan uzak kalmayı tercih etmiştir.
2.Dönem	1970-1990	Sağlık Sorunlarına Politik Yaklaşım Dönemi		Halfden Mahler	Bu dönemde temel sağlık hizmetleri yaklaşımı ön plandadır. DSÖ, bu dönemde sağlığın sosyal ve ekonomik yönleri de göz önüne alan politik bir bakış açısına sahiptir. Ancak dönemin sonlarına doğru ABD güçlü aktörler örgütün etki alanını daraltarak örgütün sağlık politikaları alanındaki gücünün ve etkisinin zayıflamasına neden olmuştur.
3.Dönem	1990-2000	Liderlik Değişim Dönemi		Hiroshi Nakajima	Bu dönemde yaşanan yönetim değişikliği, DSÖ'nün sağlığa bakış açısını küresel politikalar ekseninde değiştirmiştir. Örgütün ilgisi ve kaynakları sağlık ihtiyaçlarının en fazla olduğu fakir ülkelerden ziyade batıdaki gelişmiş ülkelere yönelmiştir.

Kaynak: Walt'ın (1993; 1998) çalışmalarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

2.1. Dönem: Sağlık Sorunlarına Teknik Yaklaşım Dönemi (1950-1970 Arası)

DSÖ'nün her türlü politik ve kültürel çatışmalardan uzak kalmayı benimsediği (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:45) kuruluşundan 1970'li yıllara kadar süren dönemdeki temel felsefesi, politik olmayan bir tutum içerisinde hastalık odaklı sağlık anlayışı olmuştur. DSÖ'de bu dönemde Dr. Marcolino Candau (1953-1973) genel başkan olarak görev yapmış (Finkle ve Crane, 1976:368-370) ve örgüt hastalık odaklı sağlık anlayışının bir gereği olarak bazı önemli hastalıklara yönelik tıbbi ve teknik çalışmalara yönelmiştir (Walt, 1993:133; Godlee, 1994a:1491). Bununla birlikte dünyada bu dönemde yaşanan hızlı nüfus artışı bir problem olarak görülmeye başladığında DSÖ, dini ve siyasi gerekçeler ile nüfus planlaması programı yapmama kararı almıştır (Finkle ve Crane, 1976:368-370; Aksakoğlu, 2003:1). Bu tarihten ancak on beş yıl sonra örgütün nüfus artışı ile ilgili endişesi arttığında, aldığı bu kararını yumuşatarak, aile planlaması konusunda üye ülkelerden gelen talepler üzerine teknik tavsiyeler verileceğini belirtmiştir (Godlee, 1994a:1491). Ayrıca DSÖ'nün bu dönemdeki büyük başarısı, çiçek hastalığının yok edilmesi olmuştur (Fulop ve Roomer, 1982:35). Bu dönemde bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek için geliştirilen ilaçlar (penisilin, DDT, aşılardan vb.) ve yeni teknolojiler DSÖ'yü sıtma gibi diğer bulaşıcı hastalıkların kontrolü için umutlandırmıştır (Walt, 1993:133). DSÖ, bu dönemde hastalıklara odaklanmış ve bulaşıcı hastalıklar gibi küresel sağlık sorunlarının çözümünde küresel toplantılar düzenleyerek tıp uzmanları ile işbirliği geliştirmeye önem vermiştir. Ancak çiçek hastalığının eradike edilmesindeki başarı, sıtma hastalığının eradike edilmesinde gösterilememiştir. Yapılan girişimler sonuçsuz kalmış ve sıtma hastalığının eradikasyonu başarısız olmuştur (Newell, 1988:903). Döneminin sonlarına doğru özellikle az gelişmiş ülkelerde sıtmanın eradike edilmesi için yapılan çalışmalarda karşılaşılan zorluklar ve yaşanan başarısızlıklar örgütün hastalık merkezli bakış açısının yetersizliğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:46).

Ayrıca DSÖ'nün siyasi çatışmalardan uzak teknik ve tıbbi konulara yönelik anlayışı 1960'ların sonlarında değişim geçirmiştir. Yeni bağımsızlıklarını kazanan devletlerin Birleşmiş Milletler'e girmesiyle birlikte örgüte üye olan ülke sayısı ikiye katlanmıştır (Godlee, 1994a:1491). Örgüt üyeliğinde yaşanan bu gelişme, yaptığı mali katkıya bakılmaksızın her üye devletin örgütün parlamentosu olan Dünya Sağlık Asamblesi'nde alınacak kararlar için kullanacağı oyun önemini ortaya koymuştur. Bu durum ise karar almak için gerekli olan üçte iki çoğunluğun sağlanması şartının az gelişmiş ve gelişmekte olan üye ülkelerin birlikte hareket etmeleri durumunda olabileceği anlamına işaret etmiştir (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:46). Dolayısıyla ile örgütün üye sayısındaki bu genişleme sonucunda gelişmekte olan dünyanın sorunlarına daha fazla ağırlık verilerek örgüt bünyesinde alınacak kararların daha politik ve daha az öngörülebilir hale gelmesi sonucunu doğurmuştur. Kısacası DSÖ'nün üyeliğindeki bu hızlı büyüme süreci, örgütün gündemini genişletmiş ve farklılaştırmıştır (Godlee, 1994a:1491).

2.2. Dönem: Sağlık Sorunlarına Politik Yaklaşım Dönemi (1970-1990 Dönemi)

1970'li yılların ortasına gelindiğinde hastalık yönelimli sağlık politikasının sorunlu olduğunun farkına varılmış ve uygulanan sağlık politikalarının başarıya ulaşması için sadece yeni ilaç ve teknolojilerin geliştirilmesinin yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Küresel sağlık sorunlarının üstesinden gelmek için sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine ve sağlık kurumlarının bu süreçteki rolünün önemine dikkat çekilmiştir (Walt, 1993:133-134). DSÖ'nün sağlık hizmetlerinde küresel bakışın etkili olmaya başladığı 1973-1988 döneminde örgütün genel direktörlüğünde Dr. Halfden Mahler görev almıştır (Cueto, 2004:1865). DSÖ'nün üçüncü Genel Direktörü olan Dr. Halfden Mahler dönemi, sağlık hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri yaklaşımı çerçevesinde ele alındığı bir dönem olarak nitelendirilmiştir. Ayrıca Dr. Mahler, "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" idealini tanımlayan 1978 Alma Ata Deklarasyonu'nu şekillendiren bir rol üstlenmiştir. Bu dönemde DSÖ ve UNICEF

işbirliği ile çeşitli ülkelerdeki başarılı birinci basamak sağlık hizmetleri incelenmiş ve “*Gelişmekte Olan Ülkelerde Temel Sağlık İhtiyaçlarını Karşılama için Alternatif Yaklaşımlar*” raporu hazırlanmıştır (<http://www.who.int>). Ancak bu dönemde DSÖ’nde temel sağlık hizmetleri yaklaşımının uygulanmasına yönelik atılan adımlar, gelişmiş ülkelerin ekonomik çıkarlarına ters düştüğü noktada onlar tarafından engellenmeye yönelik etkilere maruz kalmıştır. Ayrıca az gelişmiş ülkelerde uygulanan istikrar programlarının mevcut sosyo-ekonomik koşullar sebebiyle olumsuz sonuçlar ortaya çıkarması da bu dönemdeki politikaların istenilen düzeye ve hedefe ulaşmasını engellemiştir (Soyer, 1991, Akt. Şemin ve Aksakoğlu, 1995:47). Bununla birlikte, DSÖ’nün politik bir örgüt haline gelmesinin örgüt ile ilgili bu değişimin yaşanmasındaki etkisinin büyük olduğu düşünülmektedir. Nitekim bu dönemde güçlü devletlerin ve çıkar gruplarının lehine alınan politik kararların örgüt içerisinde büyük çatışmalara yol açtığı (Walt, 1993:134), sağlık hizmetlerinde de ülkeler ve bireyler düzeyinde eşitsizliklerin artan boyutlara ulaştığı ifade edilmektedir (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:46). Çünkü bu dönemde dünya genelinde 800 milyon bireyin mutlak yoksulluk içinde yaşadığı, ölümlerin 1/3’ünün 5 yaş altı çocuk ölümlerinden oluştuğu ve azgelişmiş ülkelerdeki nüfusun %80’inin sağlık hizmetlerine yeteri kadar ulaşamadığı tespit edilmiştir (Bryant, 1980:382). 1970’li yıllarda sağlıkla ilgili sorunların ve eşitsizliklerin artan boyutları, DSÖ’nün politikasının temellerini uzlaşma temeline dayandırmakta ve kapitalizmin egemen ideolojisinin sınırlarının dışına çıkarmamaktadır. Ancak dönemin sonlarına doğru gelişen ve sıklıkla kullanılmaya başlanan insan hakları, eşitlik ve sosyal adalet gibi kavramlar, DSÖ’nün politikasını etkilemiş ve bir düşünce değişimi sürecini beraberinde getirmiştir. Bu durum ise özellikle teknik özellikleri ağır basan bir örgüt anlayışı yerine, sağlığın sosyal ve ekonomik yönlerini de göz önüne alan bir DSÖ yönünde değişimin yaşanmasını gündeme taşımıştır (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:46).

Bu sebeple temel sağlık hizmetlerinin dünyadaki önemini öncelikli olarak ilke edinen Alma Ata Bildirgesi, bu düşünce değişimi çerçevesinde ele alınması gereken bir niteliğe sahip görülmektedir. Çünkü bildirgenin yayımlandığı 1978 yılından itibaren sağlık alanında yapılan çalışmaların içeriği Alma Ata Bildirgesi’nin ilkeleri doğrultusunda şekillenmiştir. “*2000 Yılında Herkese Sağlık*” ideali ile dünya çapında öne çıkan Alma Ata Bildirgesi, 6-12 Eylül 1978 tarihleri arasında Alma-Ata kentinde DSÖ ve UNICEF’in birlikte düzenledikleri konferans sonucunda yayımlanmıştır (Soyer, 1991:56). Temel sağlık hizmetleri için yapılan bu uluslararası konferans aslında tüm dünyada ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde, teknik işbirliği içerisinde temel sağlık hizmetlerini uluslararası ekonomik düzeyde geliştirmek için acil ve etkili çalışmaların yapılmasına dikkat çekmektedir. Alma-Ata bildirgesi ile ülkeler, DSÖ ve UNICEF gibi uluslararası kurumlar, parasal kaynak sağlayan kuruluşlar, tüm sağlık görevlileri ve tüm dünya toplumları işbirliğine çağrılmıştır. Bu bildirme ile yapılmak istenen özellikle gelişmekte olan ülkelerin temel sağlık hizmetleri için ulusal ve uluslararası yükümlülükleri sağlayabilmesi için teknik ve parasal olarak desteklenmesi ve bildirgenin ruhu ve içeriğine uygun olarak temel sağlık hizmetlerinin tüm dünyada geliştirilmesidir (Declaration of Alma-Ata, 1978). Ancak teorik alt yapısındaki temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile ilgili olumlu anlayışa rağmen bu bildirgenin, az gelişmiş ve gelişmiş ülkelerde pratikte uygulanması ile ilgili büyük problemler ile karşılaşmıştır (Soyer, 1991:60-61). Bu bağlamdaki en büyük problem ise gelişmiş ülkelerde bu değişime karşı gösterilen tepkiler olmuştur. Örneğin ABD, DSÖ’nün bebek mamaları ve temel ilaçlar gibi konular ile ilgilenmesini politik bir uğraş olarak değerlendirmiştir. Anne sütünün desteklenmesi ve bebek mamalarının kullanım kurallarının belirlenmesine yönelik 1981 yılında toplanan Dünya Sağlık Asamble’sindeki oylamada da 118 ülkeye karşı tek hayır oyu, ABD tarafından DSÖ’nün küresel ticarete müdahale ettiği gerekçesi ile kullanılmıştır (Sikkink, 1986:822-834; Godlee, 1994a:1492). Ayrıca 18 ilaç tekelinin 11’inde ortaklığı ve sahipliği olan ABD, DSÖ’nün bu politikalarına karşılık örgüte mali yardımları

kısıtlama düzeyinde sert bir karar alarak tepkisini ortaya koymuştur (Godlee, 1994a:1492). ABD'nin tavrından destek alan Çin de önceki yıllarda ücretsiz dağıttığı verem ilaçlarını ücretle satmaya başlamış ve dünyada 3 milyon insanın ölümüyle karşı karşıya gelmesine neden olmuştur (Aksakoğlu, 2003:3). Bir görüşe göre bu durumların yaşanmasına kapı aralayan temel etkenin örgüt anayasasının 2. maddesi olduğu iddia edilmiştir (Koivusalo, 2010:279). Bu madde ile DSÖ'nün yönlendirici rolüne atıf yapılırken, onun etkisinin işbirliği içerisinde olduğu kurumların gerisinde kaldığı gerçeği vurgulanmıştır. Sonuç olarak zengin kaynaklara sahip olan kurumlar ve örgütler sağlık politikası alanında daha etkin hale gelmiş ve bunu yaparken de DSÖ gibi uluslararası örgütleri arka plana itmiştir. Bu durum ise küresel sağlık politikalarında kuralları belirleyen DSÖ'nün etki alanını daraltarak örgütün sağlık politikaları alanındaki gücünün ve etkisinin zayıflamasına neden olmuştur.

Görüldüğü üzere incelenen bu konular küreselleşme sürecinin ve kapitalizmin sağlık alanında kendini gösterdiği ve hissettirdiği en temel alanlar olarak değerlendirilebilmektedir. Bu alanlarda yapılacak bazı düzenlemeler, gelişmiş ülkelerin ekonomik çıkarları ile önemli ölçüde çeliştiği için bu ülkeler tarafından bu değişikliklere karşı ciddi bir direnç söz konusu olabilmektedir (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:46). Tüm bunlar göz önüne alındığında da aslında Alma Ata Bildirgesi'nin sağlık hizmetleri alanında iyileşmeyi getireceği varsayılan sürecin gerçek olmadığı ve ekonomik düzenin işleyişinin bu süreçte çok daha fazla etkili olduğu algısı kendisini açığa çıkarmaktadır (Soyer, 1991:56).

2.3. Dönem: Liderlik Değişim Dönemi (1987 sonrası)

1980'li yıllardan sonra giderek artan ekonomik kriz vakalarının ve serbest piyasa ekonomisinin kurallarının etkisinin tüm dünyada hissedildiği bir dönemde (1988 yılı), örgütün genel direktörlüğüne Dr. Hiroshi Nakajima seçilmiştir. Bu seçim sonrasında gelişen süreç, DSÖ'de pek çok önemli değişimi gündeme getirmiştir (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:47). Bu süreçteki en önemli değişimlerden birisi, DB'nin sağlık alanında etkisinin giderek artması ve DSÖ'nün politikalarının neoliberal politikalar etrafında şekillenmesi ile birlikte gerçekleşmiştir (Dedeoğlu, 2010: 363). Örgüt bünyesinde önceki genel direktör Dr. Halfden Mahler döneminde sağlanan konsensus ortadan kalkmış ve bu durum beraberinde örgüt içerisinde yaşanan sorun ve çelişkilerin boyutlarının artmasına sebep olmuştur. Bu dönemde DSÖ'de yaşanan değişim ve sorunlar temelde DSÖ'nün mali yapısı, yönetsel işleyişi ve program ile perspektifinde ortaya çıkmıştır (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:47). Örneğin örgütün parasal kaynaklarının sağlık ihtiyaçlarının en fazla olduğu akut solunum yolu enfeksiyonları gibi alanlara ve fakir ülkelere ayrılmaktan daha ziyade, psiko-sosyal sağlık ve nörolojik hastalıkların önlenmesi gibi alanlara aktarılacak strateji ve harcamalarda odak noktası batı ağırlıklı gelişmiş ülkeler olmuş ve bu durum örgütün içinden ve dışından büyük eleştirilere neden olmuştur (Godlee, 1994b:1639). Ayrıca bu dönemde yaşanan yönetim değişikliği, DSÖ'nün küresel sağlık sorunlarına bakış açısını değiştirmiştir (Dedeoğlu, 2010:363). DSÖ'nün başkanı Nakajima'nın başkanlığının ilk yılında 35'ten fazla ülkeye yaptığı gezilerin gerekli olup olmadığı ve seyahatleri nedeniyle koltuğunu sürekli boş bırakması, örgütün gündemini sürekli meşgul eden ve tartışılan konulardan olmuştur (McGregor, 1992:1699). DSÖ'deki liderlik değişimi örgütün sağlığa bakış açısını etkileyerek program ve perspektifine de yansımıştır. DSÖ'nün bu dönemdeki rolü, ülkelere teknik tavsiyeler verme ve tavsiye ettiği politikaları ülkelerde kurduğu temsilcilikleri aracılığı ile yönlendirme şeklinde somutlaşmıştır. Nitekim DSÖ'de çalışan personelin büyük çoğunluğu Cenevre'deki genel merkezde iken azınlık bir kısmı bölgesel ofislerde çalışmaktadır. Bu durum ise DSÖ'nün küresel dünyanın sorunlarına ne kadar uzaklaştığının göstergesi olarak gösterilmiştir. DSÖ'nün bu dönemde yaşadığı sorunlar ve değişen tavrı, onun örgüt olarak etkinliğinin ve prestijinin sorgulanır hale gelmesine sebep olmuştur (Godlee, 1994b:1636-1639). Yine bu dönemde DSÖ'deki

açık politika eksikliği farklı bir eleştiri konusu olmuştur. DSÖ'nün geleneksel sağlık modeline olan bakış açısından vazgeçmesi, örgütün değişmeyen perspektifine yapılan en sert eleştirilerden birisi olmuştur. Örneğin “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” ideali çok kültürlü bir retoriğe sahip olmasına rağmen, sağlığın geniş bir sosyal konu kapsamında ele alındığını yansıtmamaktadır. Örgütün tüm programlarında ve tüm kadrolarındaki etkin kişiler bir anlamda hekimlerdir. Sağlık ekonomistleri, mühendisler, sosyolog ve antropologların etkisi ise çok sınırlı kalmaktadır. Bu durumun ise sağlığın yoksulluk, eğitim ve çevresel tehditler ile olan ilişkisini göz ardı ettiği düşüncesini ortaya çıkarmaktadır. Benzer şekilde örgütün sağlık konusundaki tüm endişelerinin tıbbi kökenli olması, onu ülkelerin yalnızca sağlık bakanlıkları ile iş yapmaktan ve temsilciliklerini bu bakanlıklarda kurmaktan öteye geçirmemektedir. Olması gerekenin ise DSÖ'nün eğitim, istihdam, içişleri ve finans gibi sağlık üzerinde etkisi olan diğer güçlü kurumlar ile doğrudan temas kurması olduğu ifade edilmektedir (Godlee, 1994a:1494).

Walt'ın DSÖ'yü dönemlere ayırarak yaptığı inceleme örgütün kuruluşundan 2000'li yıllar ile sınırlı kaldığı gözlemlenmiştir. Bu bağlamda 2000 yılı sonrası DSÖ'de yaşanan değişim, Alma Ata Deklarasyonu'nda bahsi geçen “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” ideali sonrasında yaşanan değişimler ve gelişmeler olarak ayrı bir başlık halinde incelenmiştir. DSÖ'nün 2000'li yıllardan günümüze kadar yaşadığı değişim genel hatları ile aşağıdaki şekilde özetlenebilmektedir.

2.4. Dönem: 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Hedefinden Günümüze DSÖ

1948 yılındaki kuruluşunda beyan ettiği “dünya nüfusunun sağlığını koruma ve geliştirme” amacı taşıyan politikasını, 1970'li ve 1990'lı yıllarda yeniden şekillendiren DSÖ'nün, 2000'li yıllara gelindiğinde yeniden kapitalist düzenin ve güçlü devletlerin egemenliğine teslim ederek siyasi çizgisini şekillendirdiği ileri sürülmektedir. Bu bakımdan DSÖ'nün görünenin aksine, değişmediği ve aynı kapitalist düzenin politikalarını uyguladığı ve günümüzde de devam ettirdiği belirtilmektedir (Aksakoğlu, 2002:1). DSÖ'nün neoliberal politikalar sonrası sermaye sahiplerine yakın olma durumu da onun kuruluş amacındaki toplumcu ve hakkaniyetçi konumundan uzaklaşmasına sebep olmuştur. Sağlığın bir hak olduğu ilkesi yeni dünya düzeni içerisinde uzak durulması gereken bir kavram olarak kodlanmıştır. Dolayısıyla DSÖ'de yaşanan ideolojik ve politik değişim, 2000'li yıllar sonrasında da etkisini devam ettirmiştir. DSÖ, güçlü devletlerin ve kurumların etkisi altında kalarak politikalarını şekillendirmeye devam etmektedir (Dedeoğlu, 2010:365).

DSÖ'nün genel başkanlığına Gro Harlem Brundtland'ın geldiği 1998 yılı da DSÖ ile DB'nin ilişkilerinin karşılıklı geliştiği bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. DB, DSÖ ile ortaklık kurmanın önemine değinirken, DSÖ'de DB gibi büyük ortaklar ile işbirliğine girişmenin sponsorluk anlamında örgüt için katkısına dikkat çekmiştir. Bu noktada DB'nin 1993 yılından itibaren yayımladığı Dünya Sağlık Raporu'ndaki sağlığa yatırım ilkesi iki kurumun karşılıklı çıkarları neticesinde yeniden şekillenmiştir. Bu noktada DB için sağlık kavramı, yatırım ilkesi çerçevesinde yeniden şekillenerek ve kişilerin sağlıklı olması, sağlıklı işgücünün oluşturulması ve daha kârlı üretim sağlanması anlamına gelmiştir. DSÖ'de ise temel misyon sermaye etrafında şekillenmeye başlamıştır. 2001 yılında Davos'ta gerçekleşen zirvede DSÖ, temel ilaç listesi konusunda ülkelerin patent haklarının korunmasına yönelik inisiyatif olarak desteğini küresel sermayeden yana kullanmıştır (Aksakoğlu, 2003:3-4). Bu durum DSÖ'nün kuruluşundan bu yana yaşadığı değişimin ne kadar büyük olduğunun göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Nitekim DSÖ; tüm dünya nüfusunun temel sağlık düzeyini yükseltmek, korumak ve geliştirmek gibi bir amaç demeti çerçevesinde kurulmuş olmasına rağmen, küreselleşen dünyanın etkisinden kendisini kurtaramadığı yönünde eleştirilere maruz kalmıştır. Örgütün politik atmosferinde güçlü devletlerin ve aktörlerin egemenliği hakim olmuş ve politikalar bu aktörlerin çıkarlarına uymadığı noktada uygulamadan yoksun

kalmıştır. Bu durum DSÖ'yi sağlık hizmetleri ve politikasında üstlendiği etkin rolden geri plana iterek görüş belirten ve danışmanlık hizmeti sunan bir örgüt haline dönüşmesine sebep olmuştur. Örgütte yaşanan tüm bu olumsuz durumlara rağmen hâlâ DSÖ gibi küresel sağlık sorunlara eğilen ve çözümler üreten bir kurumun varlığına da acilen ihtiyaç duyulduğu net bir şekilde ifade edilmektedir. Bu bağlamda günümüz dünyasında ihtiyaç duyulan DSÖ'nün bilimsel, birleştirici, standart koyucu ve teknik destek sağlayıcı rolüne geri dönmesi ve yeniden sağlık hizmetleri alanında etkin bir kurum haline gelmesi temenni edilmektedir (Dedeoğlu, 2010:365).

Dünya nüfusunun sağlığı üzerinde doğrudan etkisi olan DSÖ gibi başat kurumların yanında, sağlık üzerinde dolaylı etkileri ile sağlık politikalarını ve sağlık hizmetlerini yönlendiren farklı küresel kurumlar da bulunmaktadır. Bu kurumlardan kuşkusuz en öne çıkanlarının DB ve IMF olduğu söylenilebilir. Bu bağlamda çalışmanın bundan sonraki bölümlerinde DB ve IMF'nin hangi amaçla kurulduğu, sağlık alanında nasıl etkili olmaya başladıkları, bu etkiyi hangi argümanlar ile gerçekleştirdikleri ve etkileri ile sonuçlarının neler olduğundan kısaca bahsedilmiştir.

3. DÜNYA BANKASI VE KÜRESEL SAĞLIĞA ETKİSİ

1980 sonrası dünyada yaşanan ekonomik kriz tüm alanlarda olduğu gibi uluslararası sağlık alanında da büyük değişikliklerin yaşanmasına sebep olmuştur (Buse ve Gwin, 1998:665). Bu dönemde DSÖ'nün örgüt içinde ve dışında yaşadığı problemler, bütüncül perspektifini kaybetmesi ve etki alanını daraltması, sağlık alanını diğer küresel kurumların ilgisine açık hale getirmiştir. Özellikle DB, sağlık konusunda daha fazla inisiyatif almaya ve söz sahibi olmaya başlamıştır (Godlee, 1994a:1494). Başlangıçta toplumsal gelişmeye katkıda bulunmak için dünya ülkelerine kredi vermek üzere kurulduğu bilinen DB, 1970'li yıllardan itibaren asıl amaçlarını ortaya koymuştur. Öncelikle kamusal hizmetlere dikkatini çevirmiş, kamu hizmetlerindeki dayanışma kökenli yapının yerini rekabetin alması gerektiğini ifade etmiştir. Kısacası DB, kamu hizmetlerinin piyasa ekonomisine açılması gerektiğini vurgulamıştır. Bu noktada DB'nin sağlık ile ilgili görüşü "*kamu hizmetinde eğitimle birlikte en önemli iki unsurdan birisi olan sağlık, özel bir problem alanıdır ve sağlık hizmeti özel bir metadır*" şeklinde olmuştur (Aksakoğlu, 2003:3). DB'nin sağlığa bakış açısı, onun sağlık alanında verdiği krediler ile mali bir fonksiyon üstlenmesine neden olmuştur (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:52). DB, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık sektöründeki faaliyetlerin önde gelen dış finansörü olarak konumunu ortaya koymuş ve sağlamlaştırmıştır. (Buse ve Gwin, 1998:665). 1980'li yıllardan sonra sağlık sektörüne olan ilgisi artan DB'nin sektördeki kredi oranı 1991 yılına gelindiğinde %1'den %7'ye yükselmiştir. Bununla birlikte değinilmesi gereken nokta yalnızca kredi oranlarındaki yüzdesel artış değildir. DB'nin sağlık alanında verdiği krediler, yürüttüğü projelerin niteliğini de değiştirmiştir. Verdiği kredilerin karşılığını alabilmek adına ülkelere ortak reçeteler sunmaya başlamıştır. Bu noktadaki en temel argümanı ise sağlık alanında özelleşme yanlısı politikaların uygulatılması olmuştur (Güler, 1996:110).

Bununla birlikte DB tarafından yayımlanan Dünya Gelişim Raporları da küresel sağlık politika gündeminin belirlenmesinde ve sağlık alanındaki etkinliğini göstermesi bakımından önemli görülmektedir. Ancak DB'nin sağlık alanındaki etkinliğinin daha iyi anlaşılabilmesi için az gelişmiş ülkelere verdiği krediler karşılığında IMF ile işbirliği içerisine girerek uygulattığı yapısal uyum programlarını incelemek gerekmektedir. Bu programların bu ülkelerde neden uygulandığı ve sağlık alanındaki sonuçlarının neler olduğunu görmek, küresel politikaların etkisini değerlendirmek açısından önemlidir. Ancak buna değinmeden önce sağlık alanındaki diğer önemli aktör olan IMF'nin hangi amaçla kurulduğu ve sağlık alanındaki fonksiyonunun neler olduğu ele alınmıştır.

4. KÜRESEL EKONOMİNİN PARASAL PROBLEMLERİNİ ÇÖZME ÇABALARI: IMF

İkinci Dünya Savaşı başta Avrupa ülkeleri olmak üzere dünya genelinde yıkıcı bir ekonomik etki bırakmıştır (Bordo ve James, 2000:15). Yaşanan bu olumsuzluklar ise savaş henüz bitmeden uluslararası yeni bir para sisteminin kurulması, bu sistem ile döviz kurlarında istikrarın sağlanması, küresel ticaretin serbestleştirilmesi ve uluslararası rezerv problemini çözme ihtiyacını gündeme getirmiştir (Öztürk, 2002:98). Tüm bu ihtiyaçlara cevap verecek uluslararası yeni bir para sisteminin oluşturulması amacı ile ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerin öncülüğünde 1944 tarihinde Bretton Woods kasabasında 44 ülkenin katılımı ile IMF'nin temeli atılmıştır (Bordo ve James, 2000:5-13; Öztürk, 2002:98). Bretton Woods sisteminde temel amaç ayarlanabilir döviz kuru sistemini kurarak dalgalanmalar karşısında kurların korunabilmesini sağlayacak parasal konularda uluslararası bir sistem kurulması olarak ortaya konulmuştur. Ayrıca bu sistem literatürde, gelişmiş ülkeler için kısa dönemli cari açıkların finansörü, gelişmekte olan dünya için ise kalkınmanın finansörü olarak tanımlanmıştır (Barro ve Lee, 2005:2-4). IMF'nin kuruluş amacı ana sözleşmesinde, uluslararası parasal işbirliğinin geliştirilmesini sağlamak, uluslararası ticaretin dengeli bir şekilde büyümesini ve gelişmesini kolaylaştırmak, çok taraflı ödemeler sisteminin kurulmasına destek olmak, ödeme sıkıntısı çeken üye ülkelere uluslararası refahı yıkıcı önlemlere başvurmadan maddi destek sağlamak, üye ülkelerin ödemeler dengesi sorunlarının derecesini azaltmak ve süresini kısaltmak şeklinde izah edilmiştir (International Monetary Fund, 2016:2).

Bununla birlikte IMF'nin rolü, küresel ekonomide yaşanan gelişmelere bağlı olarak değişmiştir (Öztürk, 2002:95). Bu değişimin yaşanmasında ise IMF yönetiminde oy hakkının %19.14'ünü elinde tutan ABD ile yine bu hakkının yaklaşık %60'ına sahip olan zengin ülkelerin çıkarlarının etkili olduğu belirtilmektedir. Bu sebeple IMF'nin, özellikle en çok oy hakkına sahip olan ABD'nin kendi ekonomik-politik amaçlarına göre üyelerine destek veren bir bankaya dönüştüğü iddiası sürekli tartışma konusu olmuştur. 1970'li yıllara gelindiğinde ise yaşanan petrol krizi dolayısıyla ödemeler dengesi sorunları yaşayan ve dış ticaret açıkları hızla büyüyen gelişmekte olan ülkelerin IMF'den borç alması kaçınılmaz hale gelmiştir. Bu durum 1980'lerde ihracat fiyatlarının düşmesi ve faiz oranlarının yükselmesi ile ülkeler açısından ekonomik bir krize neden olmuştur (Erdoğan, 1994:44). Bu kapsamda 1980'li yılların başına kadar sıklıkla ödemeler dengesi problemlerini çözmek için politikalar geliştiren IMF, 1980 sonrası borcunu ödeyemeyen ülkelere uygulattığı yapısal uyum programları ile küresel ekonomiyi denetleme yolunda etkisini hissettirmeye başlamıştır. Bu gelişmeler ise IMF'nin küreselleşme sürecine bağlı olarak dünya genelinde yaşanan finansal krizlerde ödeme mercii ve kriz yöneticisi rolünün açığa çıkmasına sebep olmuştur (Öztürk, 2002:95).

IMF'nin ve DB'nin gelişmekte olan ülkelere verdikleri krediler, onların ortak hareket etmesi için majör bir faktör olmuştur. Nitekim bu iki kuruluş 1980'li yılların sonlarına doğru yakın işbirliğine girişmiş ve yeni dünya düzeninde belirleyici ve etkin güç odakları olarak politika şekillendirici bir tavır sergilemeye başlamışlardır (Sönmez, 1998:453). Bu bağlamda yaptıkları ilk iş, gelişmekte olan ülkelere verdikleri borçların karşılığını alabilmek için birtakım istikrar programlarının uygulanmasını sağlamak olmuştur. IMF ve DB işbirliği ile geliştirilen bu programlar genel olarak "yapısal uyum programları" olarak adı ile anılmaktadır (Erdoğan, 1994:45-45; Chossudovsky, 2003:35; Brunelli, 2007:2-3; Memiş vd., 2010:325-326). Bu programlar esas olarak borçlu ülkelere kemer sıkma politikası uygulatarak istikrarın sağlanmasını önermektedir. Ancak sorun klasikleşen istikrar programlarının her ülkeye aynı reçetelerin uygulanması olmuştur. Bu reçetelerin temel argümanları ise ticaretin serbestleştirilmesi, özelleştirmenin desteklenmesi, kamu harcamalarının kısıtlanması, vergilerin artırılması ve devletin eğitim ve sağlık gibi sosyal alanlardan çekilmesi şeklinde betimlenmiştir (Erdoğan, 1994:45). Hem içinde

düştükleri ekonomik krizlerden kurtulmak hem de bu kurumlardan yeniden destek almak isteyen az gelişmiş ülkeler ise IMF'nin ve DB'nin önerdikleri bu reçeteleri uygulamak zorunda kalmışlardır (Memiş vd., 2010:326). Tarım politikalarından sağlık politikalarına kadar geniş bir yelpazede uygulanan bu programların ve reçetelerin borç alan ülkeler üzerindeki etkileri kısa vadede olumlu gibi görünse de uzun vadede olumsuz olmuştur (Güler, 1996:84; Şenses, 2004:15; Memiş, 2015:155).

4.1. DB ve IMF İşbirliği: Yapısal Uyum Programları

Dünya genelinde 1980'li yılların ortalarından itibaren neoliberal politikaların etkisi ile keskin bir değişim ve dönüşüm sürecinin yaşandığı bilinmektedir. Yaşanan bu değişimi de en derinden hisseden ülkelerin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler olduğu ve bu değişimin etkisinin de çeşitli açılardan olumsuz olarak hissedildiği ifade edilmektedir. Bu olumsuz etkinin en büyük mimarının ise bu dönemde uygulanan yapısal uyum-yapısal düzeltme programları olduğu kanıtlarla ortaya konulmuştur (Permanent Peoples Tribunal, 1990:330-331; Loewenson, 1993:717). Yapısal uyum programlarının geçmişinin anlaşılmasında en iyi referans noktası, 1944'ten başlayarak Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu'nun oluşturulması yönündeki adımlar olarak gösterilmektedir. Bu kurumlar, küresel ekonomik zorlukları çözülmesi için 1982 yılında az gelişmiş ülkelerin borç krizine müdahale etmişlerdir. Dünya Bankası ve IMF aslen bu ülkelerin borçlarını azaltmak amacıyla kurulmamış olsalar da, tam olarak ilgilendikleri konu dönemsel koşullar itibarıyla bu olmuştur. Buradaki asıl amaç, bu ülkelerin küresel pazardaki verimliliklerini artırmak olmakla birlikte Dünya Bankası ve IMF tarafından uygulanan yapısal uyum programlarıyla da hükümet harcamalarının kısıtlanması felsefesiyle bu boyut farklı bir yöne evrilmiştir (Brunelli, 2007:2). Bu uygulama sonrasında ise az gelişmiş ülkelere yoksulluğun, işsizliğin ve eşitsizliklerin önemli oranda arttığı ifade edilmektedir. Yapısal uyum programları temel olarak enflasyonu azaltmayı ve devletin rolünü sınırlamayı amaçlamıştır. Ancak programlar iç talebin kısıtlanması ve döviz kurunun değer kaybetmesine yol açmıştır. Bu durum ise borçların ödenmesi için kaynakların serbest bırakılmasına, dolayısı ile uluslararası sermayenin tercih ettiği ekonomik kalkınma modellerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Brand, 1994:568). Görüldüğü gibi az gelişmiş ülkeler bir taraftan bu ekonomik sorunla baş etmek için programların gereklerini yerine getirmek için çabalamaş bir taraftan da yeni kaynak arayışlarına yönelmiştir.

Bununla birlikte uygulanan yapısal uyum programları nedeniyle 1982-1987 dönemleri arasında güneydeki az gelişmiş ülkelere kuzeydeki gelişmiş ülkelere DB'nin verilerine göre asgari en az 87,8 milyar dolar, OECD verilerine göre ise 287 milyar dolarlık bir net kaynak aktarımı gerçekleşmiştir. DB ve IMF'nin bu yıllardan itibaren az gelişmiş ülkelere borç veren konumdan, bu ülkelere borç alan konuma doğru geçişi, bu durumun yansıması şeklinde değerlendirilmiştir. Nitekim bu ülkelere yıllık sermaye akışının IMF'ye yaklaşık 3 milyar dolar ve DB'ye ise 1,9 milyar dolar seviyesinde olduğu ifade edilmiştir (Permanent Peoples Tribunal, 1990:330-331). Bu sebeple programın uygulandığı 1980'li yıllar boyunca gelişmekte olan ülkelerin gelirinin ortalama % 60 gerilediği ifade edilmektedir (Öğüt, 2014:12).

Eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde, IMF ve DB tarafından gelişmekte olan ülkelere uygulanmak üzere verilen programların bu ülkelerin daha yoksul duruma gelmesinde etkili olduğu çok sık ifade edilmiştir. Bu noktada kreditor olarak IMF'nin kredi verdiği ülkelere uyguladığı "koşulluluk" ilkesinden bahsetmek, konunun anlaşılması için önem taşımaktadır. IMF'nin kredi verdiği ülkelerin maruz kalabileceği zorluklara bakılmaksızın uyguladığı "koşulluluk" şartı, IMF'nin şartlarının borç alan ülke tarafından kabul edilmesi ve eylemlerin IMF tarafından yönlendirilmesi anlamına gelmektedir. Aynı zamanda DB'de de IMF'nin koşullarına bağlı kredi kategorileri oluşturulmuştur (Brand, 1994:567-568). Bunun sonucu olarak uygulanan bu

politikalar, az gelişmiş ülkelerde yoksulluğun daha da artması ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumunun gerilemesi olarak kendini göstermiştir (Brunelli, 2007:2).

DB ve IMF işbirliği ile uygulanan bu istikrar programlarının sağlık politikaları ve uygulamaları alanındaki yansımaları, DSÖ'nün faaliyetlerini tamamlayıcı ve Alma-Ata deklarasyonuna uygun nitelikte olan projelerin desteklenmesi ile başlamış ve sağlık hizmetleri ile ilgili kredilerin verilmesi ile devam etmiştir (Şemin ve Aksakoğlu, 1995:51). Bu programlar Afrika'da 40'ın üzerinde ülkede uygulamaya konulmuş ve bu yöndeki ilk olumsuz etkiler, gıda güvensizliğinin artması ve yetersiz beslenme üzerinde ortaya çıkmıştır. Sonrasında ise zaten yoksulluk seviyelerinin altında yaşayan Afrika ülkelerinin nüfusunun üçte ikisinin veya daha fazlasının sağlık hizmetlerine erişimin azalması ile sağlık göstergelerinin daha da kötüleşmesine neden olmuştur (Loewenson, 1993:717). Yapısal uyum programlarının etkisi ile Afrika ülkelerinde 1985 yılında eğitim ve sağlık için yapılan harcamaların %26 ve Güney Amerika ülkelerinde ise %18 oranında azaldığı bildirilmiştir (Brand, 1994:575). Aynı şekilde birçok Afrika ülkesinde, yapısal uyum programlarının en hızlı uygulandığı dönemler olan 1980-1985 yılları arasında bebek ölüm hızlarının %4-54 arasında artış gösterdiği kayıt altına alınmıştır (Commonwealth Secretariat, 1989, Akt., Loewenson, 1993:721). Benzer şekilde tüberküloz, kolera, enfeksiyon hastalıkları, AIDS, trahom gibi salgın hastalıkların süreç içerisinde yaygınlaşması ve ortadan kalktığı düşünülen hastalıkların da tekrar görülmeye başladığı ifade edilmektedir (Öğüt, 2014:14). Yapısal uyum programları ile proaktif bir sağlık politikası çerçevesinin kaybedilmesi, politikadan etkilenen topluluklar ve politika yapıcılar arasında genişleyen bir uçuruma neden olmuştur. Bu durum temelde eşitlik ilkesinin ve sağlık hizmetlerinde sosyal sorumluluğunun yer aldığı bir politikadan, sağlığın bir metaya dönüştüğü ve sağlık hizmetlerine erişimin de bireysel bir sorumluluk haline geldiği bir düşünce ve yapının oluşmasına neden olmuştur. Dolayısıyla eleştirel görüş çerçevesindeki bu tespitlerden yola çıkıldığında yapısal uyum programları ile nüfusun sağlığını geliştirmeyi amaçlayan politikalar arasında derin bir çelişki olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Loewenson, 1993:717).

4.2. Türkiye Özelinde Kısa Bir Değerlendirme

II. Dünya Savaşı sonrası yükselen sosyal devlet anlayışı ve keynezyen politikaların bir sonucu olarak devlet her alanda etkisini artırmaya başlamış, bu durum ise artan bürokrasi ile devletin hantal bir yapıya bürünmesi şeklinde kendini göstermiştir. Bu duruma tepki olarak İngiltere ve Amerika'da yeni sağ ideoloji yükselişe geçmeye başlamıştır. Yeni sağ ideolojisi ile kamu harcamalarının kısıtlanması, devletin her alanda küçülmesi ve özelleştirme uygulamalarının yaygınlaşması konuları gündeme gelmiştir. Buna paralel olarak özellikle 1980 sonrası DB ve IMF gibi küresel aktörlerin yeni sağ ideolojinin yaygınlaşması için izledikleri aktif politikalar, devletin özel sektör mantığı ile yönetilmesine zemin hazırlamıştır (Balcı ve Kırılmaz, 2007:137; Genç, 2010:147). Bu durum 1980'li yıllardan itibaren dünya genelinde izlenen politikaların küresel aktörlerin odağında şekillenmesine neden olmuştur. Nitekim bu politikalar etkisi sağlık alanında da hissedilmiş; sağlık hizmetlerinin sunulmasında özel sektörün kapasitesinin arttırılmasını öngören yaklaşım, Türkiye'deki sağlık politikalarına da dolaylı ya da doğrudan olmak üzere çeşitli düzeylerde yansımıştır. Örneğin 24 Ocak 1980 kararlarının alınması, kamu sektöründe yeni sağ ideolojinin yansımaları olarak serbest piyasa düzeni oluşturulmaya çalışıldığını açıkça ortaya koymuş ve bu doğrultudaki gelişmeler dahilinde 1990'lı yıllara gelindiğinde sağlık alanında, sağlık reform paketleri söz konusu olmuştur.

Uluslararası aktörler ile ikili iş birlikleri geliştirme, bu aktörlerin kurdukları örgütlere üye olma ve onlarla ortak projeler yürütme konusunda daima aktif olmaya çalışan Türkiye, sıklıkla bu örgütlerin politikalarını benimsemeye ve uygulamaya çalışmıştır. Örneğin DSÖ tarafından 2000'li yıllarda üye ülkelerin sağlık politikalarına yön vermek

üzere hazırlanan Ljubljana Bildirgesi'nin temel ilkelerini benimsemiş ve politik önerilerini uygulamaya çalışmıştır (Altay, 2007:47). Benzer şekilde Türkiye ile DB arasında 1990 yılında imzalanan Sağlık Projesi Kredi Anlaşması ile alınan krediler, Türkiye'de sağlık hizmetlerini küresel sağlık politikaları çerçevesinde yönlendirmek için uygulanan projelerden olmuştur. 1991 yılında da SB'ye bağlı olarak ve DB'nin politikaları doğrultusunda Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü yine bu dönemde (1991) kurulmuştur. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü DB için raporlar hazırlama görevinde aktif rol üstlenmiştir (Güler, 1996:110-112; Atalay, 2015:63). Yine Sosyal Sigortalar ve GSS kanunu ile onun devamı niteliğindeki politikalar DB önerisi ile hazırlanmıştır (Erçen, 2010:7), Aynı zamanda DB'nin önerisi ile koruyucu sağlık hizmetleri kamunun sorumluluğuna bırakılmış, tedavi edici sağlık hizmetlerinde ise özel sektörün kapasitesi ve sorumluluğu artırılmıştır (Güler, 1996:110).

Bu uygulamaların devamı olarak 2003 yılında uygulamaya konulan en somut sağlık reformu da Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olmuştur (Soyer, 2011: 302-303; Bilaloğlu, 2015: 16-19; Atalay, 2015:61). Türkiye'nin DB'den aldığı krediler karşılığında hayata geçirilen ve geniş kapsamlı bir dönüşümü içeren sağlık reform paketi olarak da nitelendirilebilen SDP (Elbek, 2009:33) temel olarak; sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi, aile hekimliği sisteminin uygulamaya konulması, özel sektörün sağlık alanında teşvik edilmesinin en büyük örneği olan Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) modelinin hayata geçirilmesi, ilaçlar ve belirli sağlık hizmetleri için katılım payı alınmaya başlanması, Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin başlatılması başta olmak üzere çok sayıda uygulamayı içermiştir. SDP ile gerçekleştirilen sağlık politikaları ve uygulama sonuçları, farklı çevrelerde farklı bakış açıları ile değerlendirilmiştir (Soyer, 2011: 302-303; Bilaloğlu, 2015: 16-19; Atalay, 2015:61). SDP'nin bir dönüşüm programı olarak getirilerine yönelik tartışmalar bir yana burada asıl ifade edilmek istenilen husus, Türkiye'de 1980 sonrası sağlık alanında uygulamaya çalışılan politikaların ve uygulanan reformların küresel düzeyde kendisini hissettiren neoliberal politikalarından belli ölçülerde esintiler taşıdığı gerçeğidir.

5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık hizmetlerinin gelişimi, dünyanın ve insanlığın gelişimine de bağlı olarak uzun bir geçmişe dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilişkin politikaların belirlenmesi, uygulanması ve günün gelişen koşullarına göre adapte edilmesi, hemen her dönemde politika yapma süreci ve bu sürece etki eden ulusal ve uluslararası aktörlerin yaklaşımları ile ilişkili bir metodolojide ele alınmıştır.

Sağlık politikalarının küresel düzlemde tartışılan bir konu haline gelmesi açısından 1800'lerin ortaları bir milat olarak değerlendirilirken bu yönde en ciddi ve kurumsal adımların atılması ise İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki döneme rast gelmiştir. Bu bağlamdaki ilk gelişme, Birleşmiş Milletler nezdinde DSÖ'nün kurulmasıyla birlikte gerçekleşmiştir.

Kuruluş misyonu ve amaçları açısından sağlık alanında küresel bir aktör olarak kabul edilen DSÖ'nün rol, etkinlik ve inisiyatif alma düzeyinin kronolojik olarak farklılık arz ettiği görülmektedir. Sağlık sorunlarına teknik yaklaşım dönemi, sağlık sorunlarına politik yaklaşım dönemi, liderlik değişim dönemi ve 2000'li yılları içinde barındıran son dönem olmak üzere dört ana dönemde faaliyetleri ve politikaları irdelenen DSÖ, bu süreçte ulusal hükümetler ve diğer ulusal paydaşlarla doğrudan; uluslararası ekonomik odaklı organizasyonlardan DB ve IMF gibi oluşumlarla da dolaylı olarak ilişki içerisinde olmuştur. Eleştirel bir perspektifle başlangıçta sağlığa tıbbi odaklı bir bakış açısına sahip olan DSÖ, dünyada gerçekleşen sosyal, siyasal ve ekonomik değişkenlerden de etkilenerek küreselleşme süreci ile birlikte sağlığın bireysel sorumluluk ilkesine bırakılması düşüncesine yönelmiş ve bu bağlamda ciddi bir felsefe değişikliğini de hissedilir kılmıştır.

DB ve IMF gibi farklı amaçlar çerçevesinde oluşturulan küresel kuruluşların misyonlarının küresel politikalar doğrultusunda yeniden şekillenmesi sonucunda sağlık üzerindeki etkileri de dolaylı olarak kendini göstermiş ve yapısal uyum programları ile sağlık alanında değişim ve dönüşüm faaliyetleri teşvik edilmeye ve tasarlanmaya başlanmıştır. Çeşitli yönlerden olumsuz sonuçları nedeniyle ciddi bir şekilde eleştirilen bu programlar, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli gündem maddelerinden birisi olmuştur.

Küresel düzeydeki BM, DSÖ, DB ve IMF gibi siyasal ve ekonomik mekanizmaların yönetilmesi ve yönlendirilmesi sürecinde hiç kuşkusuz en önemli güç, ekonomik göstergeler açısından diğerlerine göre daha güçlü ve ileri seviyelerde bulunan devletlere ait olmaktadır. Bu durumda da uluslararası aktörlerin aldıkları kararların şekillenmesi sürecinde önemli problemler yaşanabilmekte ve bazı gerçekler kamu politikası oluşturma sürecinin doğasına da uygun bir şekilde görmezden gelinebilmektedir. Böylesi bir durum ise sağlık alanında günümüzde de az gelişmiş ülkelerin birçoğunda sıklıkla şahit olunan ve çok sayıda insanın hayatını kaybetmesine yol açan eşitsizliklere ve hakkaniyetsizliklere sebebiyet vermektedir.

Halbuki başta DSÖ gibi dünyadaki sağlık standartlarının ve politikalarının geliştirilmesi ile sağlık göstergelerinin iyileştirilmesini şiar edinmiş aktörlerin, dünya ekonomik sisteminin kaygılarından daha uzak bir çerçevede daha objektif, şeffaf ve hakkaniyetli kararlar alması ve bu yönde politikalar üretmekle sağlık alanındaki sorunların giderilmesine yönelik bir yürüngeyi benimsemesi gerekmektedir. Ayrıca bu aktörlerin, sağlığın sosyal, ekonomik ve sistematik olarak bütüncül bir bakış açısı ile ele alınmasını sağlayarak bu doğrultuda uyguladıkları ve uygulattıkları politikaların yalnızca teorik değil pratik olarak da takipçisi olmaları gerekmektedir. Diğer bir ifadeyle devletlerin her birisinin kendisine has sağlık yapıları olduğu gerçeğinden hareketle, küresel sağlık politikaları ile ulusal sağlık politikaları entegre bir çerçevede birleştirilerek her ülkeye has bir politika düzlemi ve uygulamaları planlanmalı, ulusal hükümetlerin bu yöndeki hareket kapasitelerinin bizzat kendileri tarafından yönetilmesi yönünde bir hareket tarzı benimsenmeli ve de sağlığın insani bir hak olduğu düşüncesini özüne alan bir değişim ve dönüşüm stratejisi ortaya konulmalıdır.

Bu çalışmada uluslararası aktörlerin uyguladıkları küresel politika ve programların sağlık üzerindeki etkisi değerlendirilmeye çalışılmıştır. Ancak bu politika ve programların ülkeler üzerindeki etkisinin görüldüğünden çok daha derin olduğu tahmin edilmektedir. Bu sebeple uluslararası aktörlerin küresel sağlık politikaları üzerindeki etkisinin ülkeler nezdindeki örneklerden yola çıkarak yeni çalışmalarda daha detaylı ve sonuçlanan programlar üzerinden incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmekte ve önerilmektedir.

6. KAYNAKÇA

- Aksakoğlu, Gazanfer (2002), “Herkes İçin Sağlıktan Hedef 21’e: Dünya Sağlık Örgütü Değişiyor”, *Toplum ve Hekim*, Cilt.17, Sayı.2, (1-12).
- Aksakoğlu, Gazanfer (2003), “Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Politikalarında Değişim”, *Sol*, Cilt.199, Sayı.41, (1-7).
- Altay, Asuman (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, Cilt.18, Sayı.64, (33-58).
- Ataay, Faruk (2006), *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması: Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler*, De Ki Basım Yayım, Ankara.
- Atalay, Selçuk (2015), “Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu-Özel Ortaklığı”, (Der) Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler, *Türkiye’de Sağlık, Siyaset, Piyasa* içinde 1. Basım, NotaBene Yayınları, Ankara, (57-84).

- Balcı, Asım - Kırılmaz, Harun (2007), “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, (Ed) Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi* içinde, 1. Basım, Aura Kitapları, İstanbul, (134-165).
- Barro, Robert - Jong-Waa, Lee (2005), “IMF Programs: Who is Chosen and What are the Effects?”, *Journal of Monetary Economics*, Cilt.52, Sayı.7, (1-54).
- Bayar, Fırat (2008), “Küreselleşme Kavramı ve Küreselleşme Sürecinde Türkiye”, *Uluslararası Ekonomik Sorunlar Dergisi*, Sayı.32, (25-34).
- Berlinguer, Giovanni (1999), “Globalization and Global Health, *International Journal of Health Services*, Cilt.29, Sayı.3, (579-595).
- Bilaloğlu, Eriş (2015), “2003-2013 Sağlıkta Dönüşüm Programı”, (Der) Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler, *Türkiye’de Sağlık, Siyaset, Piyasa* içinde 1. Basım, NotaBene Yayınları, Ankara, (15-20).
- Bordo, Michael - James, Harold (2000), *The International Monetary Fund: its Present Role in Historical Perspective*, National Bureau of Economic Research, Econpapers, Working Paper 7724.
- Brand, Horst (1994), “The World Bank, The Monetary Fund, and Poverty”, *International Journal of Health Services*, Cilt.24, Sayı.3, (567-578).
- Brunelli, Bianca (2007), Structural Adjustment Programs and the Delivery of Health Care in the Third World, *Pell Scholars and Senior Theses*, Paper 16.
- Bryant, Johnnie (1980), “WHO's Program of Health for all by the Year 2000: A Macro System for Health Policy Making a Challenge to Social Science Research. Social Science and Medicine”, *Part A: Medical Psychology and Medical Sociology*, Cilt.14, Sayı.5, (381-386).
- Bulut, Nihat (2003), “Küreselleşme: Sosyal Devletin Sonu mu?”, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt.52, Sayı.2, (173-197).
- Buse, Kent - Gwin, Catherine (1998), “The World Bank and Global Cooperation in Health: the Case of Bangladesh”, *The Lancet*, Cilt.351, Sayı.9103, (665-669).
- Chossudovsky, Michel (2003), *The Globalization of Poverty and the New World Order*, Pincourt (Quebec): Global Research, 2nd Edition, Center for Research on Globalization (CRG).
- Cueto, Marcos (2004), “The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care”, *American Journal of Public Health*, Cilt.94, Sayı.11, (1864-1874).
- Declaration of Alma-Ata, (1978), *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- Dedeoğlu, Necati (2010), “Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Hakkı ve Küreselleşme”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt.9, Sayı.4, (361-366).
- Duda Ünalmiş, Hilal (2008), *Uluslararası Örgütler Bağlamında Global Sağlık Politikaları*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uluslararası İlişkiler Anabilim Dalı, İstanbul.
- Elbek, Osman (2009), “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, Cilt.12, Sayı.1, (33-43).

- Erçen Yoğun, Esmeray Ayşe (2010), “Kurumsal Taklitçilik-Izomorfizm: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program Hedeflerinin Ulaşılabilirliği”, *Akademik Bakış Dergisi*, Sayı. 19, (1-11).
- Erdoğan, Seyhan (1994), “Gelişmekte Olan Ülkelerde İstikrar ve Yapısal Uyum Programları ve Uluslararası Çalışma Standartları”, *Toplum ve Hekim*, Cilt.9, Sayı.62, (44-50).
- Ertuna, Özer (2006), “Yeni Dünya Düzeni: Küreselleşme”, *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, Sayı.30, (36-45).
- Finkle, Jason - Crane, Barbara (1976), “The World Health Organization and the Population Issue: Organizational Values in the United Nations”, *Population and Development Review*, (367-393).
- Fulop, Tamas - Roemer, Milton (1982), *International Development of Health Manpower Policy*, WHO Offset Publication, Geneva.
- Genç, Neval (2010), “Yeni Kamu Hizmeti Yaklaşımı”, *Türk İdare Dergisi*, Sayı.466,(145-159).
- Godlee, Fiona (1994a), “WHO in Retreat: is it Losing its Influence?”, *BMJ: British Medical Journal*, Cilt.309, Sayı.6967, (1491-1495).
- Godlee, Fiona (1994b), “WHO at Country Level a Little Impact, No strategy”, *BMJ: British Medical Journal*, Cilt.309, Sayı.6969, (1636-1639).
- Güler Ayman, Birgül (1996), *Yeni Sağlık ve Devletin Değişimi Yapısal Uyum Politikaları*, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, Ankara.
- Güzelsarı, Selime (2003), “Neo-liberal Politikalar ve Yönetişim Modeli”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt.36, Sayı.2, (17-34).
- <http://www.who.int/news-room/detail/15-12-2016-dr-halfdan-t-mahler-who-s-third-director-general-dies-at-93>, (23.05.2018).
- International Monetary Fund (2016), *Articles of Agreement*, Publication Data Joint Bank-Fund Library, Washington.
- İnsel, Ahmet (2015), *Neo-liberalizm: Hegemonyanın Yeni Dili*, İletişim Yayınları, İstanbul.
- Karabıçak, Mevlüt (2002), “Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ülke Ekonomilerinde Ortaya Çıkan Yönelim ve Tepkiler”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt.792, Sayı.1, (115-131)
- Koivusalo, Meri (2010), “The Shaping of Global Health Policy”, (Eds) Panitch, Leo and Leys, Colin, *Morbid symptoms: Health under capitalism: Socialist Register* The Merlin Press, Londra, (279-294).
- Lee, Kelley - Buse, Kent - Fustukian, Suzanne (2002), *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge University Press.
- Loewenson, Rene (1993), “Structural Adjustment and Health Policy in Africa”, *International Journal of Health Services*, Cilt.23, Sayı.4, (717-730).
- McGregor, Alan (1992), “WHO: Director-General’s Travels”, *Lancet*, Cilt.340, Sayı.5, (1363-1420).
- Memiş, Hasan - Kara, Mehmet - Tayfur, Lütfü (2010), “Yoksulluk, Yapısal Uyum Programları ve Sahra Altı Afrika Ülkeleri/Poverty, Structural Adjustment Programs and Sub-Saharan Africa Countries”, *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt.7, Sayı.14, (325-346).

- Memiş, Hasan (2015), “Küreselleşme ve Yoksulluk İlişkisi”, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, Cilt.5, Sayı.1, (144-161).
- Newell, Kenneth (1988), “Selective Primary Health Care: the Counter Revolution”, *Social Science and Medicine*, Cilt.26, Sayı.9, (903-906).
- Öğüt, Kaan (2014), “Küresel Sistemde Borç Krizi-Yoksulluk ve IMF”, *Aydınlanma 1923*, Cilt.35, Sayı.35, (11-14).
- Öztürk, Nazım (2002), “IMF'nin Değişen Rolü ve Gelişmekte Olan Ülke Ekonomilerine Etkileri”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Cilt.57, Sayı.04, (95-125).
- Permanent Peoples Tribunal (1990), Tribunal on the Policies of the International Monetary Fund and the World Bank, West Berlin, September 26–29, 1988: Verdict, *International Journal of Health Services*, Cilt.20, Sayı.2, 329-347.
- Ruger Praf, Jennifer (2005), “Thechanging Role of the World Bank in Global Health”, *American Journal of Public Health*, Cilt.95, Sayı.1, (60-70).
- Schuftan, Claudio (2003), “Poverty and Inequity in the Era of Globalization: Our Need to Change and to Reconceptualize”, *International Journal for Equity in Health*, Cilt.2, Sayı.4, (1-7).
- Sikkink, Kathryn (1986), “Codes of Conduct for Transnational Corporations: the Case of the WHO/UNICEF Code”, *International Organization*, Cilt.40, Sayı.4, (815-840).
- Soyer Ata (1991), “Yeni Dönem Eski Tartışmalar: Alma-Ata bildirgesi ve Dünya Sağlık Örgütü Üçüncü Dünya'ya alternatif öner(ebil)iyor mu?”, *Toplum ve Hekim*, Cilt.7, Sayı.48, (55-62).
- Soyer, Ata (2011), “1980’den Günümüze Sağlık Politikaları”, *Praksis*, Cilt.9, (301-309).
- Sönmez, Sinan (1998), *Dünya Ekonomisinde Dönüşüm Sömürgecilikten Küreselleşmeye*, İmge Kitabevi: Ankara.
- Şemin, Semih - Aksakoğlu, Gazanfer (1995), “Sağlık Alanında Artan Sorunlar ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Azalan Etkinliği”, *Toplum ve Hekim*, Cilt.10, Sayı.68, (45-53).
- Şenses, Fikret (2004), “Neoliberal Küreselleşme Kalkınma İçin Bir Fırsat mı, Engel mi?”, *Kalkınma ve Küreselleşme Dergisi*, Sayı.1, (13-54).
- Tarcan, Ertuğrul (2001), “Küreselleşmenin Sağlık Üzerine Etkileri ve Sağlık İşletmelerinin Küreselleşme Süreci”, *Yönetim Dergisi*, Cilt.12, Sayı.39, (29-43).
- Tion Patrick, Aondoakaa. (2014), “The International Monetary Fund (IMF) and World Bank: an Assessment af the Role of Africa’s Integration into Global Economic System”, *Journal of Humanities and Social Science*, Cilt.19, Sayı.11, (9-17).
- Walt, Gill (1993), “WHO Under Stress: Implications for Health Policy”, *Health Policy Journal*, Cilt.24, Sayı.2, (125-144).
- Walt, Gill (1998), “Globalisation of International Health”, *The Lancet*, Cilt.351, Sayı.9100, (434-437).
- World Health Organisation (1946), *Constitution of the World Health Organisation*, Geneva.
- World Health Organization (1995), *Constitution of The World Health Organization Basic Documants*, International Health Conferance 1946, New York.
- Yanar, Rüstem - Şahbaz, Ahmet (2013), “Gelişmekte Olan Ülkelerde Küreselleşmenin Yoksulluk ve Gelir Eşitsizliği Üzerindeki Etkileri”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt.8, Sayı.3, (55-74).

- Yaşar, Yavuz - Yaşar-Yenimahalleli, Gülbiye (2012), “Neoliberal Küreselleşme ve Sosyal Politikada Dönüşüm/Neoliberal Globalisation and Transformations in Social Policy”, *Mülkiye Dergisi*, Cilt.36, Sayı.1-274, (63-92).
- Yaşar Yenimahalleli, Gülbiye (2011), “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Neoliberal Dönüşümü/Neoliberal Transformation of Social Security in Turkey”, *Mülkiye Dergisi*, Cilt.35, Sayı.272, (163-194).
- Yıldız, Özkan (2008), “Küreselleşme, Sağlık ve Toplum”, *Gaziantep Tıp Dergisi*, Cilt.14, Sayı.1, (30-34).