

DERLEME

YÖNETİŞİM VE SAĞLIK ALANINDAKİ UYGULAMALARI: GAVI ÖRNEĞİ

Çiğdem ÇAĞLAYAN*

Kapitalizmin küreselleşme aşamasıyla birlikte ekonomik ve mali politikaların yanı sıra kamusal alana ve kamu yönetimine ait politikalarla sermayenin egemenliğinin tüm alanlarda artırılmaya çalışıldığını biliyoruz. Bu amaçla süreç içerisinde çeşitli yöntemler kullanılarak politikalar birbiri ardına uygulamaya sokulmaktadır. Yaratılan kafa karışıklıkları neden sonuç ilişkisinin ortaya çıkmasını engellerken, demokratikleşme, verimlilik, kalite, özgürlük gibi kavramlar bir anlamda içleri boşaltılarak kullanılmaktadır. Son yıllarda gerek uluslararası gerekse ulusal çevrelerde sıkça kullanılmaya başlanan ve "katılımcılık", "toplumun yönetime katılması" gibi söylemlerle sunulan "Yönetişim" kavramı da kamu yönetimini ve kamusal kurumları hedef alan aynı zamanda ideolojik niteliği bulunan müdahalelerden biridir. Bu yazıda yönetişim kavramının tanımı ve özelliklerinden kısaca bahsedildikten sonra sağlık alanındaki yansımaları GAVI örneği üzerinden değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Yönetişim tanım ve özellikleri

1990'lı yıllarda Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) yönetiminde temsiliyet ve sorumluluğu güçlü bir biçimde savunmaya başladılar. Her iki kurum kendi yönetim tarzlarına da yansıyan ve "Good Governance=iyi

yönetişim" olarak adlandırılan örgütsel reformları başlattılar. İlk olarak 1989'da Dünya Bankası'nın Sahra Altı Afrika ile ilgili bir raporunda Yönetişim terimi kullanılmış ve bu raporda yönetişimin çerçevesi, kuruluşların uzlaşma durumu, politikaların oluşturulmasında, karar alma ve uygulanması için bir süreç, yönetim içi bilgi akışı, hükümet ve yurttaşlar arasında geniş kapsamlı bağlantı gibi başlıklar halinde çizilmiştir. Bu kavram DB'nin 1992'de "Kalkınma ve Yönetişim" adlı bir raporunda ve sonrasında 1994'te "Yönetişim: Dünya Bankası'nın Deneyimi" adlı yayınında kullanılmaya devam edilmiştir. Aynı dönemlerde IMF'de iyi yönetişimin "kalkınmanın tüm dönemleri için önemli olduğunu" duyurmuştur. Her iki kurumun gündeminde yer alan iyi yönetişim, şeffaflığı geliştirmek, sorumluluk, etkinlik, doğruluk, katılım ve mülkiyet kavramlarını içermektedir. Bu kavramın amacı, siyasal sorumluluğu geliştirmek, katılımı şeffaflığı, hükümetler ve yurttaşları arasında bilgi akışını geliştirmek olarak belirtilmiştir.

Bu amaçlar 1992 yılında IMF Direktörü tarafından Latin Amerika ülkelerinin demokratik toplumsal kararlara gereksinimi olduğunu ve bunun için iyi yönetişim uygulayan sorumlu ve aktif bir yönetimin sağlanması gerektiğini belirttiği konuşmasında ifade edilmiştir. Hem IMF hem de DB bu ilkeleri yerleştirmek için uyguladıkları yardım ve taahhüt programlarında yer almışlardır (IMF-1997, Woods N. 2000).

*Yrd.Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Sonraki dönemlerde OECD, Birleşmiş Milletler (BM) gibi kuruluşlar bu terimi yaygın biçimde kullanmaya başlamış ve hatta BM 1997 yılında yönetim kavramını, "bir ülkenin her düzeydeki işlerinin yönetiminde ekonomik, siyasal ve idari otoritenin kullanımı" şeklinde yeniden tanımlamıştır. Bu belgelerde de "iyi yönetim", siyasal ve sosyo-ekonomik ilişkileri katılımcı, şeffaf ve sorumlu biçimde yönlendiren süreç ve yapılar anlamına gelmektedir. İyi yönetimin özellikleri: katılım, şeffaflık, sorumluluk, etkinlik, doğruluk, konsensusa dayalılık, hakkaniyet, kapsayıcılık ve yasal kuralları izlemek şeklinde belirtilmiştir (www.unescap.org). Ancak IMF ve DB'nın bu özelliklerden daha çok katılımcılığı ön plana çıkardığı görülmektedir.

Yönetimde hükümet ya da devlet aktörlerden sadece birisidir. Sivil toplum örgütleri (STÖ) ve özel sektör temsilcilerinden oluşan diğer aktörler yönetimin çeşitli düzeylerine bağlı olarak yönetime katılırlar. Örneğin kırsal alanda toprak ağaları, çiftçi kooperatifleri, araştırma enstitüleri, finansal kuruluşlar, siyasal partiler, STÖ'ler yer alabilir. Ulusal düzeyde bunlara ek olarak medya, lobiler, uluslararası donörler, çok uluslu şirketler karar alma mekanizmalarında rol alabilir. Hükümet ve askerler dışındaki tüm diğer aktörler sivil toplumun bir parçasıdır. Hatta bazı ülkelerde mafya gibi organize suç örgütleri bile bu "sivil toplumun" içinde yer alarak, karar alma süreçlerine dahil edilmektedirler. Görüldüğü gibi son derece geniş bir katılımcı yelpazesi olan iyi yönetim, bu haliyle sürdürülebilir kalkınma için ideal bir yönetim tarzı olarak sunulmaktadır (www.unescap.org).

Bu noktada yönetimin temel vurgusunun "sivil toplum" olduğu, bir tarafta devlet varken diğer tarafta sivil toplumun bulunduğu bir ayrışma yaratıldığı göze çarpmaktadır. Böylece sivil toplum adına yönetimde yer alan ortaklar (özel sektör ve STÖ'ler) sayesinde temsiliyet, katılımcılık ve demokratikleşmenin sağlandığı ileri sürülmektedir. Bu modelde "sivil toplum" tüm sınıfsal farklılıkların eritildiği bir pota olarak ta işlev görmektedir.

Yönetim uygulamaları

Yönetim küresel, ulusal ve yerel düzey olmak üzere tüm yönetim düzeylerinde uygulanmaya başlanmıştır. Küresel düzeyde uygulanmasına Birleşmiş Milletler'in 1999'da yapılan Dünya Ekonomik Forumu toplantısında oluşturulan "Küresel Sözleşme (Global Compact)" örnek olarak gösterilebilir. "Küresel Sözleşme" insan hakları, çevre ve işgücü ile ilgili konularda işbirliği oluşturmak üzere BM Kuruluşları ile çokuluslu şirketler ve bazı sivil toplum örgütlerinin katılımıyla oluşturulan bir ortaklık. Küresel yönetimin uygulandığı bu yapıda bürokrasiyi temsilen BM, özel sektörü temsilen çokuluslu şirketler ve sivil toplum örgütlerini temsilen çeşitli küresel kurum ve kuruluşlar yer almaktadır (www.unglobalcompact.org). Çok geçmeden, dünyadaki yoksulluk, işsizlik, emek ve doğanın sömürsünün sorumlusu olan çok uluslu şirketlerle oluşturulan bu ortaklık, birçok ülkede çeşitli protestolara da yol açmıştır.

Yönetimin ulusal düzeydeki uygulamalarını IMF niyet mektupları ile Dünya Bankası kredi anlaşmaları temelinde kurulan üst kurullar oluşturmaktadır. Ülkemizde de oluşturulan bu üst kurullarla tarıma ilişkin, sanayiye ilişkin, hizmetlere ilişkin kamusal denetim ve yönetim, bir üst kurullara devredilmektedir. Üst kurulların yapısı/işlevi son derece açıktır. Yabancı yerli büyük şirketlerin temsil edileceği bu kurullarda örneğin Tütün Kurulunda Philip Morris, Şeker Kurulunda Cargill ve diğerleri yer alacaklar ve bu alanlara ilişkin politikaların belirlenmesinde çiftçiler adına söz sahibi olacaklardır. Çünkü meclis çıkardığı yasalarla beş yıl süreyle bu alanların politikalarını belirleme yetkisini değiştirmemek üzere bu kurullara devretmiş durumdadır (Aysu A.2002).

Yönetimin uygulandığı son aşama yerel düzeylerdir ve bu düzeydeki örnekleri ise Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı eliyle yürüyen "Yerel Gündem-21" stratejileri kapsamında oluşturulan yerel konseylerdir. Yerel konseyler de diğer yönetim düzeylerinde olduğu gibi yerel hükümet temsilcileri, sivil toplum örgütleri ve özel sektörün katılımıyla oluşturulan yapılardır. Bu yapılar bir kentteki öncelikleri ve yatırımları planlayan, bunları o kentin halkı adına yapan bir rol üstlenmektedir. Bu bağlamda yerelleşmenin, küreselleşme ile birlikte uygulanan kapitalist bir proje olduğunu yinelemekte yarar vardır. Türkiye gibi ülkelerde, yerel yönetimlerin yapacağı değişik yatırımlar sermayenin iştahını kabarttığı gibi aynı zamanda yerel düzey, uluslar arası sermaye için ulusal düzeyden çok daha kolay kontrol edilebilir bir öznedir (Belek İ. 2004).

Neden Yönetim?

Son on yılda DB ve IMF'nin başını çektiği yönetimin yeniden yapılandırma çabalarının merkezinde yerleşme politikaları yer almaktadır. Bu iki kurumun ülkemizde de uygulamaya sokulan yapısal uyum programları içerisinde yer alan yerleşme politikaları diğer mali politikaların bir bileşenidir. Kamusal örgütlenmenin yeniden düzenlenmesinin ardında, kamusal kurumların, sermayenin birikim süreçlerinin gerek duyduğu hızla ulaşmasında engel olarak görülmesi yatmaktadır (Belek İ. 2004). Uluslararası tekeller, sermayenin genişletilmiş yeniden üretiminin güncel koşullarında, yeniden paylaşım tabii tutulan dünya pazarında, farklı ulus devletlerin farklı yönetsel iç prosedürleriyle bölünmüş olması sonucu karşılaştığı engeller nedeniyle bütün ekonomik, siyasal, hukuksal, kültürel kurumları değiştirmek istemektedir. Tıpkı daha önceki yeniden yapılandırma dönemlerinde olduğu gibi, içinde bulunduğumuz koşullara da bir demokrasi biçimi belirleyen egemen sınıf; siyasal iktidarının geleceğini, bugün de yönetim projesiyle kurgulamaktadır. Küresel düzeyden ulusal düzeye, ulusaldan yerel düzeye kadar tüm aşamalarda hakimiyetini güçlendirecek önlemler alırken, toplumların demokrasi taleplerini, içini boşaltarak kullanmaktadır (Sancar N.2002)

Yönetim, küreselleşme ile başlayıp yerelleşmeyle devam eden neoliberalizmin, egemenlik ilişkileri

kapsamında yürüttüğü politik yapılanmanın tamamlayıcısı niteliğindedir. Bilindiği gibi küreselleşme politikaları ile ülkelerin yeniden sömürgeleştirilmeleri sağlanırken, yerelleşmeyle devlet sosyal niteliğinden soyutlanıp yönetsel yetkileri de yerele devredilerek (desentralizasyon mekanizmaları) özelleştirmelere olanak sağlanmaktadır. Yönetişimle de tüm düzeylerde bulunan yönetim mekanizmalarının içine katılarak doğrudan müdahale olanağı bulup egemenliğini pekiştirmektedir.

Yönetişimin Sağlık Alanındaki Uygulamaları

Yönetişim neoliberal politikaların sağlık alanına ilk müdahalesi değildir. Son yirmi yılda DB ve IMF öncülüğünde başlatılan sağlık reformları adı altında çeşitli politikalar yürürlüğe konmuştur. Bu politikalarla başlıca finans sistemi ile hizmet üretiminin birbirinden ayrılması, hizmet üreten tüm kamu ve özel kurumların piyasa mekanizmaları içinde rekabete sokulması son aşamada da özelleştirilmesi hedeflenmiştir. Özelleştirme hedefinin sağlanmasında en önemli yollardan biri olarak desentralizasyon gösterilmiştir. Merkezdeki kamu yetkisinin periferiye yaygınlaştırılması olarak anılsa bile desentralizasyonun, özelleştirme politikalarının önünü açacak ideolojik bir hat oluşturma işlevi de vardır. Özelleştirmeyi sağlayacak diğer bir yönetsel müdahale hastanelerin özerkleştirilmesi uygulamalarıdır. Böylece devlet desteğini yitiren özerkleşmiş hastaneler serbest piyasa koşullarında rekabete zorlanmaktadır (**Belek H.1997**). Yönetişim ile desentralize edilmiş ve özerkleşmiş bu yapıların yönetimlerine özel sektör katılarak doğrudan müdahale edebilme şansı yakalanmış olacaktır. Bu nedenle yönetim sağlık alanında özelleştirme çalışmalarını tamamlayıcısı olarak nitelendirilebilir.

Sağlık alanında yönetişimin kullanıldığı alanlar küresel kamu/özel ortaklıkları ve hastane yönetimleridir. Hastanelerdeki uygulanmasına ilişkin örnekler "Klinik Yönetişim" adıyla 1990'ların sonlarından itibaren lokal NHS organizasyonlarını desteklemek, kaliteyi artırmak amacıyla İngiltere'de görülmektedir (**Buse K. 2001;Halligan A.2001**).

Küresel kamu/özel ortaklıkları olarak tanımlanan küresel düzeydeki yönetim uygulamaları da aynı yıllarda hız kazanmıştır. 1993 yılında yapılan Dünya Sağlık Asamblesinde "Herkes İçin Sağlık" hedeflerine ulaşmak için sivil toplum kuruluşları ve özel sektörle işbirliği yapılması gerektiği belirtilmiştir. Yeni aşı ve ilaçların bulunması ve geliştirilmesinde, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede ve sağlık mesajlarının iletilmesi gibi konularda özel sektörle işbirliğinin yararlarından söz edilmiştir. DSÖ tarafından "Sağlık İçin Küresel Kamu/Özel Ortaklığı İniyatif" olarak başlatılan bu girişimin yaklaşık 70 ortağı bulunmaktadır. DSÖ bu ortaklıklardan beklentisini şöyle tanımlamıştır;

- "Herkes İçin Sağlık" ilkeleri için gerekli yükümlülükler konusunda özel sektörü harekete geçirmek,
- Temel ilaç ve sağlık hizmetlerinin evrensel olarak ulaşımını kolaylaştırmak,

- İhmal edilmiş hastalıklar için yeni ilaçların tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve araştırılması çalışmalarını hızlandırmak,

- Özel bir dikkat göstermek yoluyla erken ölüm, hastalanma ve sakatlığın önlenmesi,

- Sanayinin işçilere ve çevreye olan zararlarının azaltılması konusunda ikna etmek,

- Ticari sektörün bilgi ve uzmanlığından yararlanmak.

Özel sektörün bu ortaklıklara girme amaçları ise; vergi muafiyetleri, pazar ve satış garantisi, maliyetlerin azaltılması, uzun dönemde toplum önünde hayırsever imajı yaratılması gibi avantajlardır. Kamu özel ortaklığının alanlarını üç başlık halinde sınıflandırabiliriz. Bunlar;

- Ürüne dayalı

- Ürün geliştirmeye dayalı

- Konu/sistemlere dayalı ortaklıklardır (**Buse K. 2000**). Tablo 1'de bu ortaklıklara ilişkin örnekler verilmiştir.

GAVI Örneğinde Sağlık Alanında Yönetişim Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), DSÖ'nün içinde bulunduğu bu küresel kamu/özel ortaklıklardan birisi olup, sağlık alanında küresel düzeyde oluşturulan yönetim modelinin tipik bir örneğini oluşturmaktadır.

GAVI 2000 Ocak'ta Davos'ta toplanan Dünya Ekonomik Forumunda, o güne kadar bağışıklama hizmetlerindeki yetersizliklere çözüm bulmak amacıyla oluşturulmuştur. Çünkü 2000 yılında altı geleneksel aşı için küresel kapsam %75'in altına düşmüş ve UNICEF 19 ülkede özellikle Afrika'da DBT3 kapsamının %50'nin altına düştüğünü saptamıştır. Bazı ülkelerde düşüşler çok daha ciddi olup örneğin, Nijerya'da 1990'da %80 olan kapsam 1998'de %27'ye inmiştir. Kongo'da aynı periyotta %46'dan %25'lere Togo'da %100'den %54'e inmiştir. Bu nedenle her yıl 3 milyon aşıyla önlenebilir ölüm meydana gelmiştir. Bağışıklama hizmetlerindeki bu bozukluklar nedeniyle GAVI'nin amaçları, sürdürülebilir bağışıklama hizmetlerini sağlamak, maliyet etkin aşılardan kullanımının yaygınlaştırılması, yeni aşılardan geliştirilmesi, yeni aşılardan sunumunun hızlandırılması ve bağışıklamayı uluslararası kalkınma çabalarının merkezi yapmak olarak belirtilmektedir (**Hardon A. 2001**).

GAVI'nin yönetim modelinde beş yinelenen üye ve 11 dönüşümlü üye bulunmaktadır. Görüldüğü gibi bu yapıda DSÖ ortaklardan sadece biri iken, özel sektör hem kendi kimliği ile hem de hükümet dışı organizasyonların içinde yer almaktadır.

GAVI'deki yinelenen üyeler (renewable members):

- Dünya Sağlık Örgütü
- UNICEF
- Dünya Bankası

Tablo 1. DSÖ'nün kurmuş olduğu ortaklıklara ait örnekler

Ürüne dayalı ortaklık		
İsim	Ortaklar	Hedef
Mectizan® Yardımı Programı/1987 Mectizan® Donation Programme	Merck İlaç Şirketi DSÖ Dünya Bankası Çocukları yaşatma ve geliştirme görev gücü Ulusal otoriteler NGO'lar	Nehir Körlüğü hastalığını elimine etmek için Mectizan'a gereksinimi olan herkesin tedavi edilmesi
Ürün geliştirmeye dayalı ortaklık		
Uluslararası AIDS Aşısı İnisiyatifi International AIDS Vaccine Initiative (IAVI)/1996	Marcel Merieux Fonu Francois-Xavier Bagnaud Vakfı AIDS Aşısını Savunma Koalisyonu Albert B Sabin Aşı Enstitüsü Dünya Bankası UNAIDS Rockefeller vakfı Bill ve Melinda Gates Vakfı Glaxo Wellcome Levi Strauss	Etkili, koruyucu, güvenilir HIV aşısı geliştirilmesini sağlamak
Konu/sisteme dayalı ortaklık		
Filiyazisi elimine etmek için küresel program Global Programme to Eliminate Filiarisis (GPEF)/1998	CDC UNICEF Dünya Bankası DSÖ SmithKline Beecham Merck & Co. Arap Fonu Uluslararası NGO'lar Ulusal Otoriteler	Bir halk sağlığı sorunu olarak lenfatik filariyazisin 2020 yılına kadar elimine edilmesi

Kaynak: Buse K, Walt G.(2000)

- Bill ve Melinda Gates Vakfı
- Aşı fonu (The Vaccine Fund)
- Dönüşümlü üyeler(rotating members):
- Fonlar:
- Rockefeller Vakfı
- Hükümetler:
- Gelişmekte olan ülkeler Bhutan ve Mali
- OECD ülkeleri: Kanada, Hollanda ve Norveç
- Sanayi temsilcileri

Aventis-Pasteur
Smith Kline Beecham
- NGO

Bill ve Melinda Gates Children Vaccine Program
- Araştırma enstitüsü
ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü
ABD CDC

Bu ortaklık, büyük oranda Bill ve Melinda Gates'in parasal katkısıyla Global Fund for Childeren Vaccines adı altında multi milyon dolar bütçeli bir fon kurmuştur. GAVI'nin önerdiği programların uygulanması için kaynakların tahsisi konusunda Global Fon Yönetim Kurulu karar verirken GAVI'nin önerilerine uymak zorunda değildir. Tablo 2'de Global Fon'a yapılan katkı miktarları görülmektedir.

Tablo 2. Global fona yapılan parasal katkılar

Ülke /Kuruluş	Miktar
Bill ve Melinda Gates Vakfı	750 milyon dolar
Norveç	125 milyon dolar
Hollanda	100 milyon dolar
ABD	50 milyon dolar
İngiltere	5 milyon dolar

Kaynak: Hardon A. 2001

Başlangıçta yeni bir yaklaşım ve küresel strateji olarak sunulan GAVI ve diğer küresel kamu/özel ortaklıkları, çok geçmeden ortaya çıkarttığı ve çıkartabileceği sakıncalar üzerinden eleştirilmeye başlanmıştır. Bu eleştirilerden ilki ortaklığın amaçları üzerinedir. Ortaklık birtakım anahtar ilkeler üzerinden paylaşılmış hedeflerin kurulmasını gerektirir. Burada önemli nokta bu hedefleri kimin

tanımladığı, hedeflerin genişletilmesinde hangi tarafın baskın olacağıdır. Ortakların temsil ettikleri ilkelere bakıldığında bir uçta BM'lerin eşitlik, özgürlük, hoşgörü ve adaletin geliştirilmesi gibi evrensel ilkeleri bulunurken diğer uçta özel sektörün karını maksimize etme ilkesi bulunmaktadır. Bunun yanı sıra özel sektörün karlarının maksimize etmesini sağlayan ve sağlıkla çatışan bir çok uygulaması vardır. Bu ortaklık nasıl ortak hedefler belirleyecektir? Nitekim yoksul ve gelişmekte olan ülkelerde aşı kapsamının yükseltilmesi hedefiyle kurulan GAVI ve Global Fon, ilk yılın sonunda 13 ülkeye 150 milyon dolar verilmesini kararlaştırmış ancak bu yardımın sadece %10'u bağışıklama hizmetlerinin güçlendirilmesine ayrılırken %90'ı özellikle Hepatit B olmak üzere yeni aşılara sunmaya ayrılmıştır. GAVI politikaları yeni geliştirilen Hepatit B ve DBT aşılarının kullanılmasını bu ülkelerde teşvik etmektedir. Bu yaklaşım herkesin aşılınması yerine gelişmekte olan ülkeleri yeni aşılardan pazarı durumuna getirmektedir. GAVI ve Global Fon yardım önceliklerini yeni aşılardan sunulmasına ayırmakla özellikle yoksul ülkelerde sağlıktaki eşitsizlikleri artırma riskine sahiptir. Destek için seçilen 9 ülkede bağışıklama kapsamı %75'in altındadır. GAVI programlarının uygulandığı ülkelerde aşılabilen çocukları yeni bir hastalığa karşı koruyacak ancak aşılamanamayan çocuklar en kötü yoksulluk koşullarında yaşamaya devam edecektir. Bu konuda bahsedilmesi gereken diğer bir durum ise ilk toplantıda UNICEF'in aşı destek biriminden bir konuşmacının belirttiği gibi Hepatit B-DBT kombinasyonu olan aşının talebin giderek artmasıdır. İlaç sanayicilerinin bu fona gönüllü katılmalarının nedeni GAVI'nin yeni aşı üretimi ve sunulmasının hızlandırılması hedefleridir. Ayrıca GAVI yönetim kurulunda iki ilaç sanayi temsilcisi vardır. Aynı zamanda Hepatit B-DBT kombine aşısının üretildiği Smith Kline Beecham şirketinin başkanı Jean Stephane bu fona ilaç üreticilerinin katılması için, kredilendirilebilir ve sürdürülebilir bir pazarın desteklenmesi, gelişmekte olan ülkelere re-eksportun engellenmesini de kapsayan koruma tedbirlerinin alınması ve zorunlu lisans uygulaması gibi koşulların sağlandığını belirtmiştir. Görüldüğü gibi DSÖ'nün yönetime uygun olarak özel sektörle kurduğu ortaklıklar Herkes için sağlık hedeflerinin gerçekleştirilmesine hizmet etmekten çok, özellikle ilaç sanayi için Pazar garantisi sağlamaya yarıdır (Hardon A. 2001).

Eleştirilerin hedef aldığı bir başka alan ise yönetişimin yapısına yöneliktir. Sağlık alanında uygulanan yönetişimin temsiliyet, sorumluluk, uygunluk ve yeterlilik, sürece saygı olmak üzere 4 komponenti vardır. Bu ortaklıklarda yönetişimin bu dört komponentinin uygulanmasında da bazı aksaklıklar bulunmaktadır. Bunlardan ilki temsiliyet üzerinedir. Birçok BM kuruluşu ve DSÖ yönetim organlarında evrensel üyelere sahiptir. Örneğin Dünya Sağlık Asamblesinde 191 üye devlet temsil edilir ve bunların hepsi eşit oy hakkına sahiptir. Buna karşın kamu/özel ortaklığında temsiliyet daha eklektik ve dardır. Bazı ortaklıklarda yoksul ülkeler daha az temsil edilmekte, bazılarında ad hoc (bir kereye özel) temsilciler bulunmaktadır (Buse K, 2001; Taylor L.A..2002). GAVI'de

de DSÖ ortaklardan sadece biri olup belirleyiciliği yoktur. Bir çok analist, özel sektörün bu ortaklıklar aracılığı ile yönetimde artan rolüne dikkat çekerek uluslararası sağlık gündeminde ve politikaların belirlenmesinde etkili olduklarını belirtmişlerdir.

Bir başka eleştiri sorumluluk üzerinedir. Kamu ve özel sektörlerde tanımlanmış farklı sorumluluk mekanizmaları vardır. Özel sektörde yönetim şirketin hissedarlarına karşı sorumlu iken, kamuda yönetsel yapılar siyasi otoriteye karşı sorumludur. Oysa kamu/özel ortaklığında sorumluluk açık değildir. Bir modele göre yönetim ve bilimsel gruplar sponsor şirkete doğrudan rapor verir. Bu modelde ortaklık birincil olarak donörlere karşı sorumludur. Örneğin Mectizan Bağış Programında komite raporunu Merck&Co. Şirketine yılda iki kere vermekte iken sekreteryaya finansal harcamaları aylık olarak rapor etmektedirler. Diğer modelde yönetimden sorumlu gruplar yönetim kuruluna rapor verirlerken her grubun temsilcisi kendi grubuna vermektedir. (Buse K, 2001.) Sorumluluk mekanizmalarında olduğu gibi karar verme mekanizmalarında da GAVI'nin yapısı şeffaf değildir. Kararların alınmasında Gates Vakfı ve sanayilemiş ülkelerin temsilcileri baskın çıkmaktadır. Gelecekteki sorunlardan biri de sürdürülebilirliktir. 1990'lara kadar UNICEF gelişmekte olan ülkelerde aşı gereksinimlerinde daha bağımsız hale gelebilmeleri için destek mekanizmaları geliştirmiştir. GAVI ise alıcı ülkeleri bağımlılığa zorlamaktadır. Beş yıl sonra Gates Vakfının fonu harcadıktan sonra ne olacağı belirsizdir (Hardon A. 2001). Büyük olasılıkla yoksul ülkeler GAVI'nin neden olduğu genişletilmiş ve daha pahalı bağışıklama programları için kaynak bulmak zorunda kalabilecektir.

Tüm bunların yanı sıra DSÖ programlarında spesifik sağlık konularının küresel sorumluluğunun özel ortaklara transfer edilmesi tehlikesi vardır. Özel sektörün ortaklıklar yoluyla daha fazla sesini duyurması, küresel standartlar ve normların belirlenmesinde artan bir şekilde özel sektörün projelerini yansıtabileceği ve bu nedenle DSÖ'nün kredibilitésini tehlikeye atacaktır. Diğer bir tehlike ortaklıklar yoluyla DSÖ'nün teknik kadrolarının özel sektöre kayması sürekliliğini sağlama konusunda yetersizliğe düşmesine neden olabilecektir (Buse K, 2001; Taylor L.A..2002).

Bu ortaklıklardan tarafların kazançları ise tartışılan diğer bir konudur. DSÖ'nün uyguladığı programlar için başta Bill ve Melinda Gates olmak üzere çeşitli şirketler tarafından milyonlarca dolar bağışta bulunulmuştur. Bu programlar içinde DSÖ gibi multilateral kuruluşların parasal katkıları çok daha azdır. DSÖ'nün yıllık toplam bütçesi ise 1 milyar dolardan azdır. Özel sektörün bu çok miktarda görünen bağışları bu ortaklıktan elde ettiği kazanımların yanında göreceli olarak daha azdır. Öncelikle birçok bağış vergiden muaftır. Bu nedenle bunların şirkete maliyeti yarıya yarıya azalmaktadır. İkinci olarak verilen bağışlar şirketlerin elde ettiği karın çok az bir kısmıdır. "Regarding Mectizan Donation" programı bunun bir örneğidir. Bu programda kullanılan Ivermectin ilacı Merck&Co. İlaç şirketinin ikinci

en çok satılan ilacıdır. 1984-1989 yılları arasında dünyada en çok satılan veteriner ilacı olmuştur. Bristol Myers Squibb şirketinin yıllık bağıışı 20 milyon dolarken, yıllık satışları 18.3 milyar dolardır ve bağıışlar sadece %0.1'ini oluşturmaktadır (**Buse K, 200**). Kamu/özel ortaklığı ile ortaya çıkan yeni yönetim anlayışının yarattığı sorun herkesin kazandığı ve kaybedenin olmadığı anlayışıdır. Oysa GAVI örneğinde olduğu gibi gelişmekte olan ülkeler aldıkları yardımları ve bağıışları aşılama kapsamında olan çocuklara yeni ve daha pahalı aşılama kullanırken hiç aşılanamayan çocuklara yine ulaşamayacaklardır ve onlar kaybetmeye devam edecektir (**Hardon A. 2001**).

Bu ortaklıklar nedeniyle DSÖ'nün uluslararası sağlık alanındaki rolü tehlikeye düşmüştür. Yönetişim uygulamaları ile DSÖ'nün karar mekanizmalarına katılan özel sektör, önceliklerin belirlenmesi ve politikaların oluşturulmasında söz sahibi olmuştur. Yine bağıış ve yardımda bulunan ülkelerin seçilmesinde donörlerin etkileri olmakta bu durumda DSÖ'nün tarafsızlığına gölge düşürmektedir. Ayrıca bu programların sürdürülebilirliği de garanti değildir. Tüm bu olumsuz etkileri nedeniyle DSÖ bu ortaklıklardan elde ettiği parasal kaynaklara göre daha fazla kaybetmiş görünmektedir.

KAYNAKLAR

IMF (1997) Good Governance: The IMF's Role International Monetary Fund Washington, D.C. 1997. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/exrp/govern/govern.pdf>

<http://www.unescap.org/huset/gg/governance.htm>
What is good governance?

Woods N.(2000) The challenge of good governance

for the IMF and The World Bank themselves. World Development Vol.28 No.5: 823-841

<http://www.unglobalcompact.org/Portal/Default.asp>

Aysu A.(2002) 1980-2002 Türkiye tarımında yapılanma(ma):Tarlardan sofraya tarım. Su yayınları İstanbul-2002

Sancar N. (2002) Emperyalizmin yeni demokrasisi:yönetişim.Özgürlük Dünyası Sayı:120

Belek İ. (2004) Yerelleşme: Kapitalizmin kılcal damarlarına sermaye gidiyor. Toplum ve Hekim Ocak-Şubat (19)1:65-68

Belek H. Belek İ.(1997) Sağlık hizmetlerinde desentralizasyon. Toplum ve Hekim Mart-Nisan (12)78:44-53

Buse K, Waxmann A.(2001) Public/private health partnership: a strategy for WHO. Bulletin of the World Health Organisation 179(8):748-754

Halligan A, Donaldson L. (2001) Implementing clinical governance:turning vision into reality. BMJ Vol.322: 1413-7.

Buse K, Walt G.(2000) Global public-private partnerships:part II-what are the health issues for global governance? Bulletin of the World Health Organisation,2000,78(5):699-709

Hardon A. (2001) Immunisation for All? HAI Europe, 2001, Vol.6, No. 1 www.haiweb.org/pubs

Taylor L.A.(2002) Global governance, international health law and WHO:looking towards the future. Bulletin of the World Health Organisation,2002,80(12):975-980