

جهانی شدن و سلامت

دکتر علی اخوان بهبهانی^۱

چکیده

با پایان دوران نظام دو قطبی، جهان دارای شرایط و خصوصیات شده که آن را از دهه‌های قبل به‌طور کامل متمایز ساخته و افق‌های تازه‌ای پیش‌روی بازیگران عرصه بین‌الملل قرار داده است. جهانی شدن، نمونه‌ای از این عرصه‌های نوین است. این پدیده در دو دهه اخیر باعث ظهور و تثبیت الگوی اقتصادی شده است که بر حذف مقررات بازدارنده داخلی و رفع موانع موجود بر سر راه تجارت و اقتصاد بین‌الملل تأکید دارد. جهانی شدن، یکی از چالش‌های مهم پیش‌روی سیاستگذاران بخش سلامت است. اگرچه مطالعات متعددی در زمینه اهمیت و تأثیرات جهانی شدن بر سلامت انجام شده است، همچنان در مورد تأثیراتی که این پدیده بر سلامت می‌گذارد و سیاست‌هایی که می‌باید در قبال آن اعمال شود، اتفاق نظر وجود ندارد.

این مقاله به بررسی ابعاد مختلف تأثیرات جهانی شدن بر سلامت و چالش‌های موجود در این بخش و نیز روش‌های ارتقای سلامت برای تمام مردم جهان می‌پردازد.

۱. کارشناس ارشد دفتر بررسی‌های اقتصادی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

مقدمه

جهانی شدن، پدیده‌ای است که بروز آن موجب تغییر و تحولات بسیاری در زمینه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی، فرهنگی و سیاسی در عرصه بین‌المللی شده و کشورهای زیادی را به چالش کشانده است. امروزه تعاریف متفاوتی از مفهوم «جهانی شدن» ارائه می‌شود؛ گروهی از آن به منزله یک مفهوم عام، یعنی در هم ادغام شدن بازارهای جهان در زمینه‌های تجارت، سرمایه‌گذاری مستقیم، جابه‌جایی و انتقال سرمایه و در نهایت، سر فرود آوردن در برابر قدرت جهانی بازار یاد می‌کنند. در تعبیری دیگر از آن به مثابه وجود رقابتی بی قید و شرط در سطح جهان به گونه‌ای که موجب ثروتمندتر شدن کشورهای ثروتمند و ضعیف‌تر شدن کشورهای فقیر می‌گردد، یاد می‌شود.

اگر جهانی شدن را به معنای فرایندی در نظر بگیریم که در آن سیاستگذاران ملی و بین‌المللی به تدریج به حذف مقررات بازدارنده داخلی و آزادسازی تجارت خارجی می‌پردازند، باید گفت این امر از دهه هشتاد آغاز گردید و در طی دهه نود بر سرعت آن افزوده شد. جهانی شدن اقتصاد، یکی از زیرمجموعه‌های مهم و اصلی پدیده «جهانی شدن» است که به واسطه برداشته شدن مرزهای گمرکی، ایجاد بازارهای مشترک، رشد و توزیع درآمد و ... می‌تواند به طور غیرمستقیم بر سلامت تأثیرگذار باشد.

علاوه بر آن، جهانی شدن به واسطه عواملی همچون تأثیر بر خدمات اجتماعی، افزایش حمل و نقل کالاها و مسافران و نیز تأثیر بر روی فرهنگ و آداب و رسوم، بر عرصه سلامت تأثیرگذار است. در حالی که سلامت یک موضوع پیچیده است، فرایندهای جهانی شدن نیز پیچ و خم‌های خاصی دارند که بررسی و تحلیل ویژه‌ای را طلب می‌کند. در این نوشتار، ابتدا به بیان وضعیت موجود و آثار و تبعاتی که جهانی شدن بر روی حیطه سلامت دارد، پرداخته می‌شود. سپس چارچوبی مفهومی برای درک پیوندهای بین جهانی شدن و سلامت ارائه می‌گردد و در پایان به نتیجه‌گیری از این مباحث پرداخته می‌شود.

کاهش فاصله‌ها و محو شدن مرزها

عبارت «شهروند جهانی» را اولین بار دیوژن در قرن چهارم قبل از میلاد به کار برد. تماس‌های بین‌المللی امر تازه‌ای نیست. آنچه متفاوت شده، سرعت، دامنه و عمق این روابط است. مسافران بین‌المللی، اکنون افزون بر سه میلیون نفر در روز هستند. نمی‌توان مفهوم این تغییرات را در حوزه سلامت نادیده گرفت. امروزه همه کشورها علاوه بر مشکلات داخلی خود باید با انتقال بین‌المللی خطرهای نیز مقابله کنند. در قسمتی از گزارش مؤسسه پزشکی ایالت متحده آمریکا در سال ۱۹۹۷ آمده است:

«تمایز بین مشکلات سلامت داخلی و بین‌المللی به تدریج رنگ می‌بازد و اغلب گمراه کننده است».

شاید بارزترین مثال این موضوع، انتقال بیماری‌های مسری باشد. آنفلوانزا در اوایل قرن بیستم، عامل تلفاتی بیش از تلفات جنگ جهانی اول بود یا اکنون «سارس» خطری بالقوه برای تمامی کشورهای جهان تلقی می‌شود.

انتقال عوامل بیماری‌زا

افزایش انفجاری سفرهای بین‌المللی، روزانه صدها هزار تماس عفونی را سبب می‌شود که می‌تواند بالقوه موجب بیماری شود. اپیدمی وبا در اوایل دهه نود در پرو که در ظرف چند روز به تمام قاره آمریکا گسترش یافت، مثالی از آن است. ایدز شاید غم‌انگیزترین مثال برای گسترش یک بیماری در جهان باشد. امروزه دیگر ایدز خاص یک منطقه نیست و در تمام نقاط جهان می‌تواند انسان‌ها را مبتلا کند.

انتقال میکروب را صرفاً ناقلان جاندار صورت نمی‌دهند، یک محموله از لاستیک‌های کهنه که در دهه هشتاد از آسیا وارد ایالات متحده آمریکا شد، حاوی پشه بیر^۱ (که ناقل

1. Tiger Mosquito.

ویروس تب دانگ است) بود. گوشت‌های آلوده به ویروس جنون گاوی و غذایی آلوده به مواد رادیواکتیو (در اثر سانحه چرنوبیل) مثال‌های دیگری از این موضوع هستند. اما در واقع آنچه وضعیت را پیچیده کرده، تنها نقل و انتقال انسان‌ها، میکروب‌ها و کالاها از یک کشور به کشور دیگر نیست، بلکه انتقال تفکرات و شیوه‌های زندگی است. مثال واضح این موضوع، استعمال دخانیات است که امروزه تبدیل به یک پدیده جهانی شده است. هرگاه در کشورهای توسعه یافته دعاوی قضایی علیه شرکت‌های دخانیات به پیروزی برسد، باعث ایجاد انگیزه در این شرکت‌ها برای یافتن بازارهای جدیدتر که قوانین سهل‌گیرانه‌تری داشته باشند می‌شود. کشورهای هدف عمدتاً شامل کشورهای در حال توسعه خواهند بود. این موضوع موجب آسیب‌های فراوان بر بدنه سلامت این کشورها خواهد شد.

تغییرات رژیم غذایی و الکل

در نیم قرن گذشته، ارتباطات جهانی و پیشرفت‌های علمی تغییرات بنیادینی در کشاورزی، تهیه و توزیع، انتقال، روش‌های عرضه مواد غذایی و ترویج مصرف غذا در خارج از منزل ایجاد کرده است. روش‌های در حال تغییر تولید و مصرف، علت اصلی همه‌گیری‌های بیماری‌های غیرمسمری و عامل به خطر افتادن نیل به اهداف توسعه پایدار هستند.

جایگزینی رژیم غذایی غنی از میوه و سبزیجات با رژیم غذایی غنی از چربی‌های حیوانی و کربوهیدرات‌های مرکب، در تمام نقاط جهان - جز فقیرترین کشورها - در حال انجام است. این تغییرات در مجموع باعث افزایش بسیاری از بیماری‌های غیرمسمری می‌شود. این فرایند به همراه کاهش مصرف انرژی در فعالیت‌های بدنی در تمام کشورها، به خصوص در مناطق شهری، به صورت افزایش سریع چاقی بروز کرده است.

صنعت الکل تقریباً به میزان صنعت دخانیات جهانی شده است. نقش مصرف الکل در اپیدمی‌های بیماری‌های غیرمسمری، پیچیده و اثبات شده است. رابطه مستقیمی بین مصرف الکل و سیروز کبدی، انواع سرطان‌ها، خشونت‌های رفتاری و آسیب‌های اجتماعی وجود

دارد. شراب‌خواری علت مهم بیماری‌های قلبی و عروقی و مسئول کاهش چشمگیر امید به زندگی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه است.

وابستگی متقابل کشورها در امر سلامت

جهانی شدن سلامت، حیظه‌ای فراتر از بیماری و عوامل خطر را در بر می‌گیرد و آن شامل مراقبت سلامت و ورودی‌های آن است؛ برای مثال اعمال دقیق محدودیت‌ها برای دسترسی به داروهای آنتی‌بیوتیک در یک کشور ممکن است، در وضعیتی که در کشور همسایه محدودیتی برای خرید آن‌ها اعمال نشود، اثر معکوس داشته باشد و سبب ظهور میکروب‌های مقاوم در کشور اول شود. اوضاع حاکم در بخش سلامت، وابستگی متقابل بین کشورها را ایجاب می‌کند.

این وابستگی متقابل، راه‌های جدیدی برای اقدام جمعی بین‌المللی گشوده است. مثال بارز آن داروهای ضد ایدز است. تلاش‌هایی که اوایل دهه نود برای دسترسی مبتلایان به ایدز در کشورهای فقیر به داروهای ارزان‌تر شد، به شکست انجامید! ولی چندی پیش با فشار مجامع بین‌المللی، شرکت‌های چند ملیتی دارویی عمده، موافقتنامه‌ای را در این زمینه به امضا رساندند.

این گونه مسائل نمایانگر آنند که مقوله سلامت، دیگر متعلق به یک کشور یا یک منطقه نیست و هیچ کشوری نمی‌تواند به تنهایی درباره «سلامت» تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری کند؛ بلکه باید سیاست‌های ملی سلامت در هر کشوری با اقدامات جهانی هماهنگ و همسو گردد.

جهانی شدن؛ خدمات اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت

در خلال جهانی شدن از طریق رفع موانع گمرکی، حذف تعرفه‌های واردات و حذف مالیات بر صادرات، درآمد کشورها از محل عوارض و تعرفه‌ها کاهش خواهد یافت. علاوه بر آن در دنیای سرمایه متحرک و نیروی کار ثابت، کشورهای در حال توسعه‌ای که می‌خواهند سرمایه خارجی را جذب کنند، ممکن است شکست بخورند. این امر موجب

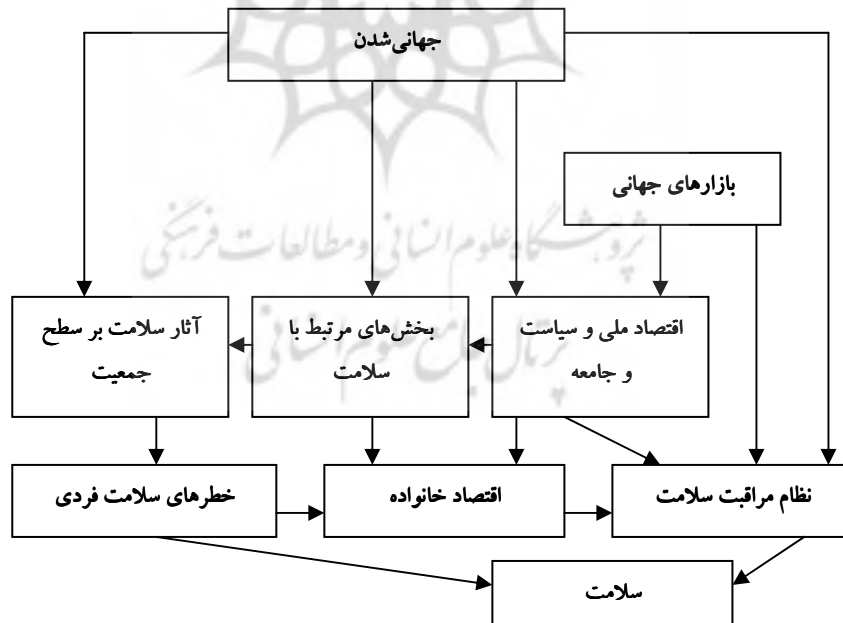
افزایش واردات و کاهش اشتغال در این کشورها خواهد شد. از طرفی اقتصاد در حال گذار به سوی آزادسازی در این کشورها معمولاً به کاهش سهم هزینه سلامت عمومی از تولید ناخالص داخلی منجر می‌شود.

جهانی شدن می‌تواند به نحوی غیرمستقیم بر سلامت کودکان نیز اثر بگذارد. در کشورهای در حال توسعه، همراه با گسترش صنعتی و شکوفایی اقتصادی شاهد مشارکت زنان در نیروی کار هستیم. اگر این مشارکت با توسعه کافی مراکز و مؤسسات مراقبت از کودکان همراه نباشد، ممکن است علی‌رغم افزایش درآمد خانواده به افزایش صدمات و سوء تغذیه در بین کودکان بینجامد.

چارچوب مفهومی جهانی شدن و سلامت

برای درک بهتر تمامی ابعاد تأثیرات جهانی شدن بر سلامت، سازمان بهداشت جهانی چارچوب مفهومی ذیل را ارائه کرده است (شکل ۱).

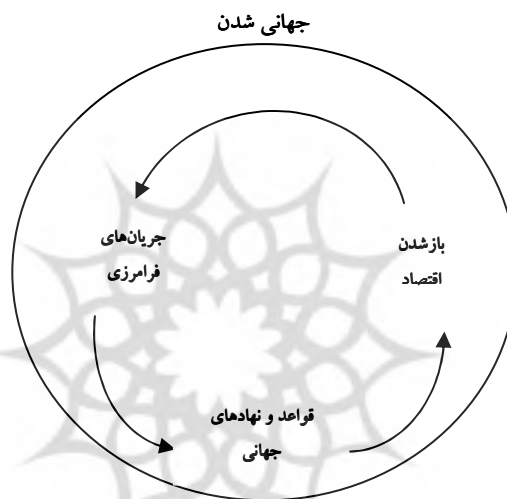
شکل ۱- چارچوب مفهومی تأثیرات جهانی شدن بر سلامت



منبع: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱.

این چارچوب مفهومی، به طور اجمالی، پیوندهای بین جهانی شدن و سلامت را نشان می دهد که به اختصار به ارزیابی آن می پردازیم. سه فرایند مهم در موضوع جهانی شدن، یعنی جریان های فرامرزی، قواعد و نهادهای جهانی و باز شدن اقتصادها، یک رابطه دایره ای با یکدیگر دارند (شکل ۲).

شکل ۲- فرایندهای مهم در جهانی شدن



جریان های فرامرزی باعث گسترش قوانین و نهادهای جهانی می شوند که آنها نیز به باز شدن اقتصادها می انجامند. این امر به نوبه خود باعث افزایش میزان و محدوده عمل جریان های فرامرزی می شود.

در این چارچوب، جهانی شدن به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم بر نظام مراقبت سلامت تأثیر می گذارد. در شکل مستقیم، اثرگذاری از طریق سیاست هایی است که به طور

مستقیم بر تصمیمات بخش سلامت وارد می‌شوند (مانند موافقتنامه عمومی درباره تجارت در زمینه خدمات سازمان تجارت جهانی^۱).

علاوه بر این، همان‌طور که در شکل پیداست، بازارهای جهانی به‌طور غیرمستقیم بر نظام مراقبت سلامت تأثیر می‌گذارند (مانند اثر موافقتنامه ابعاد مرتبط با تجارت حقوق مالکیت معنوی سازمان تجارت جهانی^۲ بر روی قیمت محصولات دارویی). جهانی‌شدن بر روی سایر عوامل مرتبط با سلامت نیز تأثیرگذار است؛ چنان‌که در سطح جمعیت، همان‌طور که قبلاً گفته شد، از طریق انتقال فرامرزی بیماری‌های عفونی و فروش محصولات (نظیر دخانیات) مؤثر است.

تأثیراتی که جهانی‌شدن در بعد اقتصاد ملی بر جای می‌گذارد، به‌طور غیرمستقیم با تأثیر بر روی نظام مراقبت، نظام سلامت را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (نظیر تأثیر آزادسازی تجارت و جریان‌های مالی بر تأمین منابع برای هزینه‌های عمومی سلامت). همچنین تغییر در اقتصاد ملی به واسطه تأثیر بر اقتصاد خانوار (به خصوص تأثیر آن بر تغذیه و اوضاع زندگی ناشی از تغییر درآمد خانوار) بر روی سلامت نیز اثر دارد.

بر طبق نظر سازمان بهداشت جهانی، این چارچوب مفهومی می‌تواند مبنایی برای تدوین سیاست‌های سلامت و ارائه راهکارهایی در سیاست‌گذاری اقتصاد ملی و مذاکرات بین‌المللی باشد.

کاربرد چارچوب مفهومی در تدوین راهکارها و اهداف

برای آن که این چارچوب بتواند در زمینه‌های مذکور به‌طور کامل به کار گرفته شود، لازم است به کمک پژوهش‌های تجربی، پیوندهای موجود را بررسی و تکمیل کرد. انتخاب نوع و دامنه این پژوهش‌ها بستگی به موقعیت خاص هر کشور دارد. با وجود این، با توجه به پنج پیوند کلیدی موجود در چارچوب مفهومی، به نظر می‌رسد اولویت‌بندی پژوهش‌ها طبق آنچه در جدول (۱) آمده، مناسب باشد.

1. General Agreement on Trade in Services (GATS).
1. Trade-related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPs).

جدول ۱- اولویت بندی پژوهش ها

دلایل اولویت	حوزه تحقیقات	پیوندها از طریق
تصمیم های کشورهای منوط به مذاکرات GATS است. علاقه کشورهای در حال توسعه به افزایش تجارت در زمینه خدمات سلامت	آثار موافقتنامه عمومی درباره تجارت (GATS) ^۱ در زمینه خدمات و اعمال تغییرات احتمالی تجارت در زمینه خدمات سلامت	بخش سلامت (مستقیم)
تصمیم های کشوری وابسته به اجرای آن است مشکل همیشگی کشورهای کم درآمد، مهاجرت گزینشی و سیاست های استخدام در کشورهای توسعه یافته	آثار تفاهم نامه ابعاد مرتبط با تجارت حقوق مالکیت معنوی بر قیمت دارو مهاجرت متخصصان حوزه سلامت	بازارهای جهانی - بخش سلامت
نیاز به افزایش سریع فعالیت های بازاریابی فرامرزی با آثار بر سلامت ادغام های عمده در بخش های کلیدی با کاربردهایی برای راهبردهای بازاریابی و قیمت گذاری	تبلیغ و عرضه محصولات و شیوه زندگی ناسالم آثار رقابت و ادغام شرکت های شاغل در بخش های مرتبط با سلامت	عوامل مؤثر بر سلامت جمعیت - خطرات سلامت فردی
محدودیت های شدید مالی در کشورهای کم درآمد، خطر بحران های مالی بیش تر در کشورهای با درآمد متوسط	آثار جهانی شدن بر محدودیت های مالی و هزینه های داخلی (برای مثال از طریق تأثیرات نرخ تبدیل ارز)	اقتصاد ملی - بخش سلامت

1. General Agreement on Trade in Services (GATS).

سیاستگذاری مستمر در پاسخ به جهانی شدن	آثار جهانی شدن بر معیشت و توزیع درآمد	اقتصاد ملی - اقتصاد خانوار - خطرهای سلامت فردی
---------------------------------------	---------------------------------------	--

برخی پیش نیازهای عام وجود دارند که برای آن که جهانی شدن تأثیر مثبتی بر روی سلامت جمعیت فقیر بگذارد، باید وجود داشته باشند. شناسایی این موارد و ارتباط آن‌ها با چارچوب مفهومی برای ارائه یک تحلیل هماهنگ ضروری است.

برخی از این پیش شرط‌ها عبارتند از:

۱. ضروری است که منافع اقتصادی جهانی شدن به همه کشورها، به خصوص کشورهای کم درآمد، گسترش یابد (خط پیوند از جهانی شدن به اقتصاد ملی). این امر منوط به آن است که تغییر قواعد بین‌المللی و ترتیبات نهادی کاملاً منعکس کننده نیازهای کشورهای در حال توسعه باشد.

۲. ضروری است منافع اقتصادی جهانی شدن به منافع سلامت تبدیل شود (خطوط پیوند از اقتصاد ملی به نظام مراقبت سلامت، بخش‌های مرتبط با سلامت و اقتصاد خانوار). این امر ایجاب می‌کند که رشد اقتصادی پایدار باشد و سیاست‌هایی در جهت حمایت از فقرا اعمال شود. همچنین منابعی که به وسیله فرایند جهانی شدن و بیش تر به نفع کشورهای توسعه یافته ایجاد شده‌اند، برای تقویت نظام‌های سلامت به کار گرفته شوند.

۳. آثار ناخوشایند جهانی شدن بر عوامل مؤثر بر سلامت در سطح جمعیت (مثل تجارت دخانیات و انتقال بیماری‌های مسری)، باید با اقداماتی در سطح بین‌المللی (نظیر توافقنامه ساختاری برای کنترل دخانیات)^۱ به حداقل ممکن خود برسد (خط پیوند جهانی شدن و آثار سلامت).

۴. لازم است در طراحی و اجرای قوانین بین‌المللی، آثار بالقوه آن‌ها بر نظام مراقبت سلامت و بخش‌های مرتبط با سلامت در نظر گرفته شود (خط پیوند جهانی شدن و نظام مراقبت سلامت و نیز خط پیوند جهانی شدن و بخش‌های مرتبط با سلامت)؛ بدین معنا که

1. Framework Convention on Tobacco Control (FCTC).

لازم است تأثیر موافقتنامه‌ها و اقدامات بین‌المللی دارای آثار احتمالی مهم (چه مستقیم و چه غیرمستقیم) بر روی سلامت، پیش از اجرا مورد ارزیابی کامل قرار گیرند.

آثار منفی جهانی شدن بر سلامت

تعداد ۱/۳ میلیارد نفر از مردم جهان با روزی یک دلار در آمد زندگی می‌کنند. یک سوم کودکان در کشورهای در حال توسعه به دلیل سوء تغذیه، به بیماری طاعون مبتلا می‌شوند. سرعت بهبود در وضع سلامت در عصر جهانی شدن روز به روز کم‌تر شده است. در دهه ۱۹۹۰، در بسیاری از مناطق آفریقا و کشورهای اتحاد جماهیر شوروی سابق رکود کامل یا پسرقت سریع وجود داشت. میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال در سال‌های ۱۹۹۸-۱۹۶۰ آهسته‌تر از دهه‌های قبل از آن کاهش یافت (جدول ۲).

جدول ۲- روند کاهش سالانه متوسط منطقه‌ای در میزان مرگ و میر شیرخواران در فاصله سال‌های

۱۹۶۰-۱۹۹۸

سال منطقه	۱۹۷۰-۱۹۶۰	۱۹۸۰-۱۹۷۰	۱۹۹۰-۱۹۸۰	۱۹۹۸-۱۹۹۰	۱۹۸۰-۱۹۶۰	۱۹۹۸-۱۹۸۰
جهان	-۲/۶	-۲/۰	-۲/۷	-۱/۳	-۲/۳	-۲/۱
کشورهای با درآمد بالا	-۳/۹	-۵/۳	-۳/۸	-۴/۰	-۴/۶	-۳/۹
کشورهای با درآمد پایین و متوسط	-۲/۸	-۲/۱	-۲/۸	-۱/۳	-۲/۴	-۲/۱
اروپای شرقی و آسیای مرکزی	-	-	-۳/۹	-۳/۱	-	-۳/۵
شرق آسیا و اقیانوسیه	-۴/۸	-۳/۴	-۳/۲	-۱/۵	-۴/۱	-۲/۴
آمریکای لاتین و حوزه کارائیب	-۲/۲	-۳/۲	-۳/۸	-۳/۵	-۲/۷	-۳/۷
شرق مدیترانه و شمال آفریقا	-۲/۱	-۳/۴	-۴/۵	-۳/۴	-۲/۷	-۴/۰
جنوب آسیا	-۱/۶	-۱/۵	-۳/۱	-۱/۸	-۱/۵	-۲/۵
آفریقای زیر صحرا	-۱/۸	-۱/۷	-۱/۳	-۱/۲	-۱/۸	-۱/۲

منبع: بانک جهانی

توضیح: میزان‌های ذکر شده براساس اندازه جمعیت، ترکیب و وزن داده شده‌اند.

در آفریقای زیر صحرای میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در سال ۱۹۹۹ بیش از سال ۱۹۹۰ بوده است.

در کشورهای با درآمد متوسط، بحران‌های اقتصادی حاد و متعاقب آن افزایش شدید بیکاری و نیز ناامنی شغلی و نابرابری درآمد، منابع اصلی افسردگی، اختلالات روانی، خشونت در خانواده، خودکشی و غیره بودند.

حذف و نابرابری در حق فرهنگ‌های محلی و حساسیت نداشتن در قبال آن‌ها، از دیگر خصوصیات ناخوشایند این پدیده است که تأثیر خود را بر حیطه سلامت نهاده است. در مجموع باید گفت تأثیر این عوامل و وقایع بر سلامت بی‌سابقه بود!

تأثیرات جهانی شدن بر سلامت در کشورهای در حال توسعه

معدودی از کشورها از گسترش بازارهای جهانی، پس‌اندازهای بین‌المللی و انتقال فناوری سود برده و توانسته‌اند وضعیت سلامت خود را بهبود ببخشند. شرایط داخلی این کشورها از نظر توسعه انسانی و زیرساخت‌های فیزیکی برای این فرایند مناسب بود؛ برای مثال تایوان و کره موفقیت‌های چشمگیری در وضع سلامت به دست آورده‌اند. این کشورها با اتخاذ مجموعه‌ای از سیاست‌های غیرمتعارف، از قبیل سطوح بالای موانع تعرفه‌ای، مالکیت عمومی بخش‌های بزرگی از نظام بانکی، تخطی از حقوق انحصاری اکتشافات و اختراعات و... به تدریج در اقتصاد جهانی ادغام شدند.

جهانی شدن در اکثر کشورها، بالاخص در کشورهای آفریقایی و آمریکای لاتین، به دلیل مجموعه‌ای از ساختارهای ضعیف داخلی و تداوم عدم توازن‌های جهانی برای دسترسی به بازار، منافع وعده داده شده در بخش سلامت را محقق نساخته است. در این کشورها علی‌رغم گسترش وسیع برنامه‌های سلامت عمومی (از قبیل برنامه‌های واکسیناسیون)، رشد شاخص‌های سلامت متوقف شد یا به کندی در حال بهبود است.

در یک تحقیق نشان داده شده است که مجموعه سیاست‌های کلی برای جهانی شدن در هجده کشور آمریکای لاتین، در بین سال‌های ۱۹۹۸-۱۹۸۰ باعث افزایش اختلاف

دستمزدها شده و تأثیر معناداری بر ایجاد نابرابری نهاده است که این خود بر امر سلامت تأثیر منفی می‌گذارد.

تولید دارو، یکی دیگر از مواردی است که با پدیده جهانی شدن دستخوش تغییر می‌شود و این تغییرات می‌تواند آثار مخربی بر روی سلامت در کشورهایی با درآمد پایین بگذارد. موافقتنامه ابعاد مرتبط با تجارت حقوق مالکیت معنوی (TRIPs) که بخشی از موافقتنامه تجارت جهانی است، دسترسی به داروهای حیاتی را برای کشورهای با درآمد پایین تقریباً ناممکن می‌سازد.

این قانون که به مدت بیست سال از کشفیات جدید حمایت می‌کند، بدون در نظر داشتن سطح هزینه سلامت عمومی در کشورهای فقیر به آنان اجازه تولید داروهای جدید را نمی‌دهد. علاوه بر آن حتی در مواردی که موافقتنامه مذکور (TRIPs) اجازه واردات موازی داروهای ژنریک ارزان را می‌دهد، در عمل، فشارهای تجاری کشورهایی که شرکت‌های داروسازی اصلی و بزرگ در آنها قرار دارند، ورود دارو با قیمت مناسب را محدود می‌سازند.

پیامد این امر به حدی بود که مجمع سلامت جهانی، در سال ۱۹۹۹ سازمان بهداشت جهانی را وادار ساخت تا بر عواقب بهداشتی موافقتنامه‌های تجارت بین‌المللی نظارت کند. با وجود این اقدامات، در عمل وضعیت دیگری مشاهده شد. با آن که در اجلاس سال ۲۰۰۱ در دوحه توافق شده بود که حداکثر تا ۳۱ دسامبر سال ۲۰۰۲ اصلاحاتی در بند (31-f) موافقتنامه ابعاد مرتبط با تجارت حقوق مالکیت معنوی (TRIPs) به منظور رسیدگی به مشکل تأمین دارو در کشورهای فقیر انجام گیرد و تولید داروها را شرکت‌هایی غیر از شرکت دارای امتیاز انحصاری در این کشورها به منظور استفاده در بازارهای داخلی انجام دهند، این امر صورت نگرفت و در همایش سازمان تجارت جهانی در دسامبر سال ۲۰۰۲ که در ژنو انجام شد، ایالات متحده آمریکا از حمایت از طرح پیش‌نویس اجازه به کشورهای در حال توسعه برای نقض حقوق انحصاری و وارد کردن داروهای ژنریک ارزان قیمت امتناع کرد. گروه نمایندگی این کشور، علی‌رغم پذیرش این طرح از سوی

کشورهای دیگر، اعلام کرد که نمی‌تواند از لغو حقوق انحصاری داروهای مربوط به بیماری‌های غیر عفونی از قبیل آسم، دیابت و چاقی حمایت کند و آن را عاملی در جهت تضعیف پژوهش و توسعه قلمداد کرد!

این امر در حالی صورت گرفت که نمودارهای منطقه‌ای و جهانی بار بیماری‌ها نشان‌دهنده آنند که فشار خون بالا، چاقی، سیگار، کلسترول بالا و دیابت در کنار بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه، علل عمده بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه هستند.

با وجود تمامی این مسائل، مسلماً بازگشت به سیاست خودکفایی اقدام صحیحی نیست؛ همان‌طوری که جهانی شدن بی‌قید و شرط و عجولانه نیز مناسب نخواهد بود. بدون شک بسیاری از کشورهایی که از منافع بازار جهانی کنار گذاشته شده‌اند، مایلند بنیان‌های منابع انسانی، زیر ساخت‌ها و تعادل اقتصاد کلان خود را تقویت کنند. می‌توان انتظار داشت که این اقدامات منجر به بهبود وضع سلامت در این کشورها شود. همچنین برخی از مؤلفه‌های جهانی شدن، نظیر آزادسازی تجارت و انتقال فناوری، اصولاً می‌توانند کارایی، رفاه و سلامت را افزایش دهند. با دادن زمان و امکانات بدین کشورها زمینه برای رشد سلامت و شکوفایی اقتصادی آن‌ها فراهم می‌شود؛ به خصوص برای این کشورها ادغام تدریجی و گزینشی در اقتصاد جهانی همراه با حذف موارد عمده عدم توازن در بازارهای جهانی و ایجاد نهادهای جدید دموکراتیک حاکمیت جهانی، بر جهانی شدن فوری کاملاً ارجحیت دارد. جهانی شدن سریع و بی‌قید و شرط در این کشورها موجب بدتر شدن عملکرد رشد و دستاوردهای سلامت می‌گردد و حمایت سیاسی لازم برای باز کردن درها به روی اقتصاد جهانی را از بین می‌برد.

تأثیرات جهانی شدن بر نظام دارویی ایران

به طوری که در قسمت‌های قبل اشاره شد، صنایع دارویی همه کشورهای جهان اعم از عضو یا غیر عضو در سازمان تجارت جهانی به تبع جهانی شدن اقتصاد دگرگون خواهند شد.

اگر بخواهیم به عنوان نمونه این تغییرات را در ایران مورد بررسی قرار دهیم، ابتدا باید نگاهی مختصر به وضعیت واردات دارو و مواد اولیه دارویی کشور داشته باشیم. در جداول (۳) و (۴)، واردات دارو و مواد اولیه دارویی در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹ آمده است و جدول (۵) نیز شرکای تجاری ایران را در امر واردات دارو در سال ۱۳۸۰ نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جداول ملاحظه می‌کنید، تمامی داروها و مواد اولیه دارویی ایران در این سال‌ها از کشورهای عضو سازمان تجارت جهانی تأمین شده است. بنابراین روشن است با پیوستن ایران به این سازمان هیچ‌گونه بار مالی جدیدی به کشور تحمیل نمی‌شود. از طرف دیگر با توجه به این که اکثر کشورهای دارای صنایع پیشرفته داروسازی، یا هم‌اکنون عضو سازمان تجارت جهانی هستند و یا درخواست عضویت در این سازمان را دارند، این نکته روشن می‌شود که ایران حتی اگر به سازمان تجارت جهانی ملحق نشود، ملزم به تبعیت از قوانین آن خواهد گردید.

در صورت تحقق پیوستن ایران به سازمان تجارت جهانی، سه گروه شامل تولیدکنندگان، واردکنندگان و مصرف‌کنندگان در نظام دارویی کشور تحت تأثیر قرار می‌گیرند که به اختصار به بررسی تأثیرات و تغییرات احتمالی در هر یک از این گروه‌ها می‌پردازیم.

الف) تولیدکنندگان

در صورت پیوستن ایران به سازمان تجارت جهانی، از یک سو، بازارهای جهانی بر روی تولیدکنندگان گشوده می‌شود و از سوی دیگر، آنان در رقابتی بسیار شدید با داروهای وارداتی قرار خواهند گرفت. با توجه به وضعیت کنونی صنایع دارویی در ایران، این صنعت به هیچ وجه توان رقابت با کشورهایی چون چین، هند، برزیل و... را که خود صاحب صنایع شیمیایی پیشرفته هستند، ندارد. از طرفی، آمارها گویای این مطلب هستند که در امر صادرات دارو نیز ایران توفیق چندانی ندارد (میزان صادرات دارویی ایران در سال ۱۳۸۱ در جدول (۶) آمده است).

اگر می‌خواهیم با چین بحرانی مواجه نشویم، باید از هم‌اکنون به فکر برنامه‌ریزی صحیح باشیم تا حداقل بتوانیم بخشی از صنایع دارویی کشور را حفظ کنیم. این برنامه‌ریزی بنابر عقیده کارشناسان باید بر پایه دو محور: ۱. آزادسازی نظام دارویی کشور، و ۲. شناسایی و ایجاد اطمینان از داروهای ساخت کشور توسط مصرف‌کنندگان داخلی، استوار باشد.

جدول ۳- واردات مواد اولیه دارو بر حسب دلار

در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹

نام کشور	واردات سال ۱۳۷۸	واردات سال ۱۳۷۹
آفریقای جنوبی	۱۲۳,۷۶۰	۳۰۵,۸۱۶
آلمان	۲۱,۳۱۹,۳۵۵	۱۸,۶۲۲,۷۲۳
اسپانیا	۲۸,۱۳۸,۴۶۱	۲۵,۶۶۳,۸۴۵
استرالیا	۸,۰۰۰	۶,۰۰۰
اسلونی	۶۶,۷۷۵	۴۸۵,۷۱۲
اتریش	۱۶,۱۳۶,۰۱۲	۱۰,۵۸۸,۵۸۸
امارات متحده عربی	۹۲۷,۹۳۳	۲۵۵,۸۶۷
اندونزی	.	۲۱,۱۶۳
انگلستان	۷,۷۲۴,۷۲۱	۹,۶۲۰,۲۳۴
ایالات متحده آمریکا	۴,۱۹۸,۱۹۰	۵,۸۸۱,۹۰۹
ایتالیا	۳۷,۹۲۳,۶۳۲	۲۹,۴۶۴,۰۶۷
ایرلند	۱,۳۸۵,۶۳۵	۵,۵۱۵,۰۶۰
برزیل	۴,۵۰۶,۱۶۴	۱۵۷,۰۰۰
بلژیک	۶,۸۰۳,۷۲۲	۵,۵۵۵,۰۴۶
بلغارستان	۴۲۴,۶۲۵	۵,۴۳۵
بنگلادش	۱۱۵,۱۵۰	۱۰۳,۸۷۵
پرتغال	۲,۱۷۵,۶۶۱	۱,۸۲۴,۱۳۱
تایوان	۱,۶۷۷,۱۷۰	۷۳۵,۳۰۰
ترکیه	۶۱۸,۵۴۷	۱,۲۴۱,۷۴۴
جمهوری چک	۱۵۸,۰۸۲	۱,۲۴۱,۷۴۴
چین	۱۰,۴۹۸,۲۳۸	۶,۷۴۵,۳۱۹
دانمارک	۸۵۸,۱۳۸	۷۰۷,۰۴۵

واردات سال ۱۳۷۹	واردات سال ۱۳۷۸	نام کشور
۶,۹۶۷,۵۶۸	۷,۸۸۲,۷۴۳	ژاپن
۰	۱۲,۳۴۲	سنگاپور
۳,۵۸۸,۹۸۲	۸,۱۳۲,۹۱۲	سوئد
۲,۷۳۶,۲۷۵	۴,۴۲۴,۹۳۸	سوئیس
۲۲۱,۸۷۵	۱,۰۱۱,۱۶۰	شیلی
۱۹۵,۰۰۰	۸۱۰,۰۰۰	عمان
۹,۹۷۲,۴۸۱	۱۳,۴۳۹,۹۵۴	فرانسه
۷۷۲,۳۹۰	۷۵۳,۵۲۳	فنلاند
۱۰۶,۱۹۰	۰	فیلیپین
۱,۷۷۹,۴۷۲	۵۹۶,۹۶۷	کانادا
۸,۴۱۵,۹۱۴	۱۰,۲۲۷,۳۳۶	کره جنوبی
۳۰۵,۹۹۷	۱,۹۶۸,۳۵	کشورهای اروپای غربی
۵۰,۸۴۰	۰	لوکزامبورگ
۹۵۴,۶۰۰	۱,۹۹۷,۷۷۶	مالزی
۴,۴۸۵,۶۸۱	۳,۷۹۴,۷۴۹	مجارستان
۱,۵۹۴,۲۰۰	۵,۵۹۲,۹۰۸	مصر
۲,۳۵۲,۵۰۴	۴۰۵,۹۴۰	مکزیک
۰	۳۳۶,۸۰۰	نیوزیلند
۱۳,۳۴۶,۳۲۷	۸,۵۸۶,۳۷۲	هلند
۲۲,۱۸۴,۴۱۱	۳۴,۳۹۴,۸۰۸	هند
۰	۲۱۷,۰۰۰	هنگ کنگ
۰	۲۰۱,۰۰۰	یونان

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

جدول ۴- واردات داروی ساخته شده برحسب دلار

در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹

واردات سال ۱۳۷۹	واردات سال ۱۳۷۸	نام کشور
۲۴۸,۵۲۸	۰	آفریقای جنوبی
۳۱,۳۲۷,۰۱۹	۲۰,۴۲۵,۵۴۳	آلمان

واردات سال ۱۳۷۹	واردات سال ۱۳۷۸	نام کشور
۷۵۳,۶۶۰	۸۲۳,۵۱۴	اسپانیا
۰	۱۰,۹۵۰	استرالیا
۵۶,۰۰۰	۰	اسلواکی
۱,۹۸۰,۳۱۱	۸۲۶,۱۴۷	اسلونی
۱,۶۷۴,۲۹۸	۲,۹۴۸,۷۴۰	اتریش
۲۴,۷۵۸,۷۱۹	۱۲,۹۴۹,۷۹۱	انگلستان
۷,۶۳۱,۴۸۸	۱,۶۷۵,۲۶۹	ایالات متحده آمریکا
۶,۰۳۸,۰۹۱	۷,۴۹۲,۴۴۰	ایتالیا
۴۲۱,۹۰۳	۱,۹۸۳,۲۰۹	ایرلند
۵۱۲,۱۴۰	۸۴۹,۳۷۹	برزیل
۴,۲۹۷,۶۹۵	۵,۶۰۲,۳۲۱	بلژیک
۱,۶۷۰,۴۳۹	۰	پورتوریکو
۲,۳۴۹,۶۵۰	۸,۹۲۳,۴۰۹	جمهوری چک
۱۵,۸۷۸,۷۷۵	۱۱,۷۲۴,۶۳۴	دانمارک
۲,۶۴۴,۰۰۰	۰	امارات متحده عربی
۸۱۵,۷۰۲	۱,۴۹۳,۷۶۸	ژاپن
۳,۷۳۹,۴۱۱	۱۴,۷۳۱,۷۳۴	سوئد
۴۰,۵۵۴,۱۷۳	۲۸,۲۲۹,۴۸۱	سوئیس
۱۸,۶۹۶,۸۷۴	۷,۳۲۴,۳۸۱	فرانسه
۹۸۵,۷۶۹	۳۳۴,۸۷۴	فنلاند
۲,۵۹۵	۰	قبرس
۴,۵۶۰,۳۰۴	۳,۸۹۶,۵۶۸	کانادا
۱,۱۳۵,۱۱۷	۳,۵۶۲,۵۹۸	کره جنوبی
۳۰,۴۴۵,۷۸۹	۱۵,۱۷۱,۳۹۷	کشورهای اروپای غربی
۸,۰۷۹,۶۴۹	۱۰,۸۱۷,۸۰۶	کوبا
۴۸,۶۰۰	۴۸,۴۰۰	لهستان
۹۶۰,۳۷۰	۱,۷۵۹,۰۸۸	مجارستان
۳۰۱,۲۴۹	۶۷۱,۷۲۲	مکزیک
۹,۴۲۶,۵۶۳	۴,۰۲۷,۸۵۲	هلند
۳,۴۹۴,۲۶۴	۷۸۱,۶۴۸	هند
۲,۵۵۱	۰	یونان

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

جدول ۵- کشورهای صادرکننده دارو و مواد اولیه دارویی

به ایران در سال ۱۳۸۰

ردیف	نام کشور	ردیف	نام کشور
۱	اتریش	۲۳	روسیه
۲	اسپانیا	۲۴	ژاپن
۳	استرالیا	۲۵	سوئد
۴	اسلووکی	۲۶	سوئیس
۵	اسلونی	۲۷	صربستان و مونته‌نگرو
۶	آفریقای جنوبی	۲۸	فنلاند
۷	آلمان	۲۹	فیلیپین
۸	امارات متحده عربی	۳۰	قبرس
۹	اندونزی	۳۱	قطر
۱۰	انگلستان	۳۲	کانادا
۱۱	ایالات متحده آمریکا	۳۳	کرواسی
۱۲	ایتالیا	۳۴	کوبا
۱۳	ایرلند	۳۵	مجارستان
۱۴	برزیل	۳۶	مصر
۱۵	بلژیک	۳۷	مکزیک
۱۶	پرتغال	۳۸	نروژ
۱۷	تایوان	۳۹	نیوزیلند
۱۸	ترکیه	۴۰	هلند
۱۹	جمهوری چک	۴۱	هند
۲۰	جمهوری کره	۴۲	یونان
۲۱	چین		
۲۲	دانمارک		

مأخذ: سالنامه آمار بازرگانی خارجی جمهوری اسلامی ایران.

جدول ۶- ارزش دلاری صادرات دارو در سال ۱۳۸۱ بر اساس
کشور دریافت کننده دارو

ردیف	کشور مقصد	ارزش دلاری
۱	افغانستان	۴۲,۵۵۴,۵۷۳
۲	عراق	۱۴,۶۶۸,۵۹۰
۳	آذربایجان	۱,۰۷۱,۴۲۴
۴	روسیه	۲۶۷,۶۴۴
۵	ارمنستان	۲۱۴,۴۱۰
۶	اردن	۱۸۷,۱۴۷
۷	سوریه	۱۶۵,۹۰۰
۸	یمن	۱۵۸,۷۶۸
۹	انگلستان	۹۰,۸۲۸
۱۰	ترکمنستان	۷۰,۵۲۵
۱۱	تاجیکستان	۶۸,۵۲۰
۱۲	سودان	۵۳,۰۵۰
۱۳	ازبکستان	۱۰,۴۷۵
۱۴	عمان	۷,۳۴۰
۱۵	دوبی	۳,۰۰۰
۱۶	مکزیک	۳,۰۰۰
۱۷	سری لانکا	۱,۷۶۰
۱۸	یونان	۱,۵۰۰
۱۹	لبنان	۹۷۲
۲۰	کنگو	۹۰۰

منبع: آمارنامه دارویی ایران در سال ۱۳۸۱، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

ب) واردکنندگان

با برقراری امکان تجارت خارجی انتظار می رود تعداد زیادی شرکت های واردکننده دارو در کشور ایجاد شود و خیل عظیمی از شرکت های چندملیتی نیز برای تحت اختیارگرفتن

بازار دارویی ایران وارد عمل گردند. از طرفی ممکن است با ورود داروهای بدون کیفیت و یا احتمالاً تأیید نشده نیز مواجه گردیم.

ج) مصرف کنندگان

عمده‌ترین مصرف کننده دارو در ایران شرکت‌های بیمه‌ای هستند. متعاقب آزادسازی اقتصادی، ورود داروهای گوناگون به کشور، این شرکت‌ها را با دو چالش عمده مواجه خواهد ساخت:

۱. ورود داروهای جدید و گران‌قیمت با نام‌های تجاری،

۲. کاهش قیمت برخی از داروهای ساخت داخل.

در مورد اول، سازمان‌های بیمه‌گر با هماهنگی با وزارت بهداشت می‌توانند دست به تدوین فهرست داروهای مورد تأیید خود بزنند و با این کار علاوه بر حفظ منافع خود تا حدی نیز مانع از ورود بی‌رویه داروهای گران‌قیمت به کشور شوند؛ اما مورد دوم، تاحدودی متفاوت است.

شاید در بدو امر به نظر آید که کاهش قیمت سبب کاهش بار مالی سازمان‌های بیمه‌گر و حمایتی می‌شود و در نتیجه موجب افزایش سطح رفاه جامعه می‌گردد؛ اما این تمام ماجرا نیست. اگر مقبولیت عمومی برای پذیرش محصولات داخلی ایجاد نشده باشد، جامعه انتخاب داروی داخلی توسط نظام بیمه‌گر را نوعی منفعت طلبی آن سازمان و بی‌اعتنایی به سلامت خود تلقی می‌کند. برای جلوگیری از این اتفاق باید علاوه بر بالا بردن کیفیت محصولات داخلی، از نظر روانی نیز جامعه را برای پذیرش این موضوع آماده ساخت.

نکته دیگری که باید به آن توجه داشت، این است که با پیوستن احتمالی ایران به سازمان تجارت جهانی بسیاری از نقش‌های غیرنظارتی وزارت بهداشت و درمان درخصوص دارو کم‌رنگ و نقش‌های نظارتی آن تشدید می‌گردد. با وسعت بازار دارویی و تشدید فعالیت‌های رقابتی، وظایف سیاستگذاری و نظارتی وزارت بهداشت به منظور حفظ سلامتی افراد جامعه پیچیده‌تر و مشکل‌تر خواهد شد. در این بین، اهمیت تدوین

سیاست‌های ملی درمان و به تبع آن تهیه فهرست داروهای اساسی اهمیت بسزایی دارد. تهیه این فهرست می‌تواند علاوه بر کنترل ورود داروها به کشور، انتخاب داروها توسط بیمه را آسان‌تر کرده موجب افزایش مقبولیت دارو در بین جامعه گردد. باید توجه داشته باشیم که پذیرش یک دارو در جامعه غالباً بستگی به کیفیت، ایمنی و فراوانی آن دارد و عواملی نظیر قیمت و مقایسه با داروهای موجود در بازار، کم‌تر در این مسئله سهیم هستند.

ابعاد تأثیرات جهانی شدن بر دارو به این جا ختم نمی‌شود. آنچه ذکر کردیم، فقط اشاره‌ای گذرا به این مطلب بود و مقصود ایجاد جرقه‌ای در اذهان بود که تأثیرات جهانی شدن را فقط به صنایع نفتی، خودروسازی و ... محدود نکنیم؛ هزاران نکته باریک‌تر از مو در این میان نهفته است.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

جهانی شدن، واقعیتی است که باید آن را پذیرفت و به مانند قطاری در حال حرکت تلقی کرد که باید بر آن سوار شد؛ چرا که سوار نشدن بر آن برابر است با عقب‌ماندگی و انزوای بیش‌تر.

در این خصوص باید بیندیشیم که چگونه می‌توان رفتار کرد تا حداکثر بهره و حداقل ضرر نصیب ما شود. اگر می‌خواهیم جهانی شدن به بهبود سلامت کمک کند، باید دگرگونی‌هایی بنیادین در رویکردهای کنونی به موضوعات اقتصادی، هم در سطح ملی و هم بین‌المللی، به وجود آوریم. در سطح ملی باید سیاست‌هایی طراحی کنیم که آشکارا حداکثر تندرستی را برای جمعیت تأمین کنند. این تصور که ارتقای سلامت را به طور خودکار همراه با برنامه‌های رشد اقتصادی شاهد خواهیم بود، ساده‌اندیشی محض است. در سطح بین‌المللی لازم است که قواعد جهانی فعالیت سازمان‌های بین‌دولتی و سیاست‌های خارجی کشورهای توسعه یافته به سمت حذف موانع و به حداکثر رساندن انگیزه کشورهای در حال توسعه برای دنبال کردن چنین سیاست‌هایی سوق داده شود. دستیابی به یک فرایند

سلامت جهانی فقط در صورتی ممکن است که منافع کشورهای در حال توسعه و جمعیت‌های آسیب‌پذیر به طور کامل در مجامع تصمیم‌گیری بین‌المللی در نظر گرفته شود.

منابع و مأخذ

۱. سالنامه آمار بازرگانی خارجی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۰، گمرک جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۱.
۲. سالنامه دارویی ایران، اداره کل نظارت بر امور دارو و مواد مخدر، ۱۳۸۲.
۳. طرح ساماندهی نظام دارویی کشور، مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۸۰، تهران.
4. Cornia, G.A., "Globalization and Health: Results and Options", Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79:834-841.
5. Dollur, D., "Is Globalization Good for Your Health", Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79:832-833.
6. Drager, N., "Globalization: Changing the Public Health Landscape", Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79: 803.
7. Evans, M, et al., "Globalization, Diet, and Health: an Example From Tonga", Bulletin of the World Health Organization 2001, 79: 856-861.
8. J, Gomes-Dontes O., "Globalization and the Challenges to Health System", BMJ 2002, 325:95-7.
9. Lancet; "Whose Interests Does the World Trade Organization Serve?", Lancet January 25, 2003; 361:269.
10. Sitthi- Amorn, C, et al., "Globalization and Health Viewed from Three Parts of the World", Bulletin of World Health Organization, 2001, 79: 889-893.
11. Smith, R., "Aimed for Global Health", BMJ 2002; 325: 55-6.
12. Sommerfeld J., "Strategic Social, Economic and Behavioral Research", World Bank Jon 2003.
13. WHO; "Globalization-How Healthy?", Bulletin of the World Health Organization 2001; 79: 902-903.
14. WHO TRIPs, Globalization and Access to Medicines, 12 Mar-2003.
15. Woodward, D, et al., "Globalization and Health: A Framework for Analysis and Action", Bulletin of World Health Organization 2001; 79: 878-81.