

Tampereen yliopisto
Johtamiskorkeakoulu
Politiikan tutkimuksen tutkinto-ohjelma

GLOBALIN TERVEYDEN HALLINNAN HAASTEET

Näkökulmia Euroopan unionista ja BRICS-maista

Annukka Koivuranta
Pro gradu -tutkielma
Ohjaaja: Eero Palmujoki
Helmikuu 2018

Tampereen yliopisto
Johtamiskorkeakoulu
Politiikan tutkimuksen tutkinto-ohjelma

KOIVURANTA, ANNUKKA: Globaalin terveyden hallinnan haasteet – näkökulmia Euroopan unionista ja BRICS-maista

Pro gradu –tutkielma, 60 s.
Politiikan tutkimuksen tutkinto-ohjelma/Kansainvälisen politiikan opintosuunta
Helmikuu 2018

Tämän pro gradu –tutkielman aiheena on globaali terveys ja sen hallinta. Erityisesti YK:n kestävän kehityksen tavoitteiden myötä terveydestä on tullut yksi kestävän kehityksen tärkeimmistä peruspilareista. Globalisaatio ja siihen liittyvä uudenvuoden maailmanjärjestys ovat johtaneet siihen, että terveyteen liittyviin haasteisiin ei voida enää vastata ainoastaan kansallisella tasolla. Erilaiset kansainväliset organisaatiot sekä yksityisen ja julkisen sektorin toimijat eri muodoissaan ovat yleistyneet globaalin terveyden toimijoina. Selvitän tutkielmassani, minkälaisia haasteita Euroopan unioni ja BRICS-maat, eli Brasilia, Venäjä, Intia, Kiina ja Etelä-Afrikka, näkevät liittyvän globaalin terveyden hallintaan. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, miten monitasohallinnan eri keinot mahdollisesti toimivat hallinnan järjestämisen keinoina.

Tutkimus rakentuu globaalihallinnan ja monitasohallinnan teoretisointien ympärille. Globaalihallinnan käsite auttaa ymmärtämään globaalin terveyden hallinnan toimijakenttää sekä siihen liittyviä haasteita. Monitasohallinnan pohtiminen globaalin terveyden hallinnan muotona tuo tutkielmaan näkemyksen siitä, miten terveyden hallintaa voidaan järjestää globaalisti. Monitasohallinnan keskeisenä ajatuksena on se, että toimijat eri hallinnan tasoilla toimivat yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Tutkimuskysymyksiin vastataan diskurssianalyysin keinoin. Aineisto koostuu EU:n osalta Euroopan komission sekä Euroopan unionin neuvoston tuottamista globaaliin terveyteen liittyvistä dokumenteista. BRICS-maiden osalta aineistona toimii maiden terveysministerien kokousten tiedoksiannot vuosien 2011–2016 ajalta sekä BRICS-maiden huippukokousten deklaratioita. Aineistosta nousee esiin kolme diskursiivista solmukohtaa, joiden ympärille keskustelu globaalin terveyden ongelmista rakentuu. Rakenteen kompleksisuuden, oikeudenmukaisuuden ja johtajuuden solmukohdissa sekä EU että BRICS-maat pyrkivät vakiinnuttamaan omat ongelmien määrittelynsä ja ratkaisutapansa hallitseviksi vaihtoehtoiksi.

Tutkimuksessa selvisi, että globaalihallinnan hegemoninen diskurssi toistuu myös terveyssektorilla. Sekä EU että BRICS-maat näkevät globaalihallinnan ainoana mahdollisena tapana ratkaista globaaliin terveyteen liittyviä ongelmia. Monitasohallinta näyttäytyy toimivana globaalihallinnan keinona sekä EU:n että BRICS-maiden osalta. Molempien toimijoiden ideaaleissa hallinnan malleissa on piirteitä sekä ensimmäisen tyypin että toisen tyypin monitasohallinnasta. Ensisijaisesti EU pyrkii viemään globaalin terveyden hallintaa kohti ensimmäisen tyypin mukaista monitasohallintaa, jossa toimijat määräytyillä hallinnan eri tasoilla toimivat yhdessä globaalin terveyden parantamiseksi. BRICS-maiden näkemystä hallinnon parhaasta järjestämisestä kuvaa sitä vastoin paremmin toisen tyypin monitasohallinta, jossa valtiot, järjestöt, yritykset ja muut lukemattomat toimijat toimivat eihierarkkisessa joustavassa järjestelmässä.

Sisällys

| | |
|---|----|
| 1. JOHDANTO | 1 |
| 2. TERVEYS GLOBAALINA HAASTEENA | 5 |
| 2.1. Globaali terveys tieteenalana ja käsitteenä | 5 |
| 2.2. Globaali terveys: ihmisoikeusperustainen näkökulma..... | 7 |
| 2.3. Globaali terveys ja kansainvälinen kauppa..... | 10 |
| 2.4. Euroopan Unioni ja BRICS-maat globaalien terveyden toimijoina | 13 |
| 3. GLOBAALIHALLINNAN DISKURSSIT | 17 |
| 3.1. Mitä on globaalihallinta? | 17 |
| 3.2. Globaalihallinnan epäsymmetrisyys ja diskursiivinen rakentuminen..... | 21 |
| 3.3. Monitasohallinta globaalihallinnan keinona | 25 |
| 3.4. Globaalien terveyden hallinta | 29 |
| 4. AINEISTON ANALYYSI..... | 32 |
| 4.1. Aineiston esittely | 33 |
| 4.2. Analyysin keskeisiä käsitteitä: artikulaatiokäytäntö ja solmukohta | 33 |
| 4.3. Rakenteen kompleksisuus globaalihallinnan haasteena..... | 36 |
| 4.4. Oikeudenmukaisuus globaalihallinnan haasteena..... | 43 |
| 4.5. Johtajuus globaalihallinnan haasteena | 49 |
| 5. JOHTOPÄÄTÖKSET..... | 57 |
| LÄHTEET..... | 61 |

1. JOHDANTO

“We are challenged to develop a public health approach that responds to the globalised world. The present global health crisis is not primarily one of disease, but of governance...”.
–Ilona Kickbusch (2006).

Globalisaatio on vaikuttanut merkittävästi siihen, että terveyshaasteisiin ei voida vastata enää ainoastaan kansallisella tasolla. 2000-luvun aikana globaalin terveyden käsite on vakiintunut yleisesti hyväksytyksi käsitteeksi ja tieteenalaksi puhuttaessa terveyshaasteisiin vastaamisesta keskinäisriippuvaisessa ja globaalissa ympäristössä. Ihmiset liikkuvat valtioiden rajojen yli enemmän kuin koskaan aikaisemmin, mikä on johtanut useisiin globaaleihin pandemioihin, joiden vaikutukset ovat näkyviä vielä vuosienkin jälkeen. Tarttuvia tauteja jopa vakavammaksi globaalia terveyttä uhkaavaksi asiaksi on kuitenkin noussut ei-tarttuvien tautien merkittävä lisääntyminen kaikkialla maailmassa. Hyvinvoinnin lisääntyessä elintasosairaudet eivät ole enää ainoastaan teollisuusmaita piinaava ongelma.

Globaalin terveyden ongelmat ovat kuitenkin paljon laajempia kuin ainoastaan yksittäiset sairaudet. Globaaliin terveyteen liittyviä päätöksiä tehdään jatkuvasti useilla eri politiikan kentillä useissa eri toimielimissä. Globaalin terveyden toimijat vaihtelevat kansallisvaltioista kansainvälisiin ja alueellisiin organisaatioihin, yrityksiin sekä ruohonjuuritason järjestöihin. Näiden toimijoiden lomassa toimii lisäksi lukemattomia erilaisia yksityisiä ja julkisia rahoitusinstrumentteja sekä yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuuksia. Toimijakentän kirjo luo omat haasteensa terveysongelmiin vastaamiseen globaalilla tasolla.

Tämä tutkielma täydentää kansainvälisen politiikan tieteenalan sisällä tehtyä terveyden tutkimusta. Tutkielmassa tehdään katsaus globaalin terveyden hallintaan liittyviin haasteisiin. Globalisaatiosta on viime vuosikymmenien aikana tullut yksi kansainvälisen politiikan keskeisimmistä tutkimuskohteista, mutta globaalin terveyden tutkiminen kansainvälisen politiikan alalla on jäänyt melko vähäiseksi. Kansainvälisen politiikan alalla globalisaatiotutkimus on keskittynyt lähinnä globalisaation taloudellisiin ja poliittisiin vaikutuksiin. Globaalia terveyttä on sen sijaan tutkittu paljon esimerkiksi kehitystutkimuksen, lääketieteen, oikeustieteiden ja julkisen terveyden tieteenaloilla. Tutkimusta leimaa kuitenkin

tietylainen yksipuolisuus. Tietyistä sairauksista erityisesti HIV/AIDS ja malaria ovat saaneet erityislaatuisen aseman tutkimuskentällä, ja terveysjärjestelmän rakenteen ja hallinnan tutkiminen on jäänyt vähemmälle. Globaalin terveyden tutkiminen myös kansainvälisen politiikan yhteydessä on tärkeää, sillä sitä kautta pystytään tutkimaan tarkemmin niitä poliittisia prosesseja, ideologioita ja instituutioita, jotka globaalin terveyden taustalla vaikuttavat, sekä niitä keskinäisriippuvuuksia eri politiikanalojen välillä, joilla on vaikutuksensa globaaliin terveyteen.

Globalisaation myötä kansallisvaltioiden rooli kansainvälisen järjestelmän keskeisimpinä yksikköinä on heikentynyt, ja maailmanhallituksen puutteen vuoksi erilaiset kansainväliset instituutiot ovat vakiinnuttaneet legitimitteettinsä vaikutusvaltaisina toimijoina. Uudenlainen maailmanjärjestys vaatii toimiakseen myös uudenlaisia hallinnan malleja. Erilaiset hallinnan teoretisoinnit pyrkivät selittämään tätä uudenlaista dynamiikkaa ja järjestystä toimijoiden välillä, jota perinteisten, toisen maailmansodan aikaan syntyneiden kansainvälisen politiikan teorioiden kautta ei pystytä enää kattavasti selittämään. Globaalihallinnan teoriasta on tullut kansainvälisen politiikan teorioiden valtavirtaa. Globaalihallinnan käsitteen kautta voidaan ymmärtää globaalin terveyden hallinnan toimijakenttää ja siihen liittyviä haasteita. Lisäksi monitasohallinnan pohtiminen eräänä globaalin terveyden hallinnan keinona tuo tutkielmaan näkemyksen siitä, miten globaalin terveyden hallintaa voidaan järjestää eri toimijoiden kesken eri hallinnan tasoilla.

Tutkielma liittyy laajemmin kestäväen kehityksen viitekehykseen. Kestävästä kehityksestä on mahdotonta puhua ilman terveyttä, sillä ihmisten fyysinen ja psyykinen hyvinvointi ovat hyvinvoivan, vauraan ja kestäväen yhteiskunnan kulmakiviä. Hyvä terveys ja hyvinvointi tarkoittavat paljon enemmän kuin ainoastaan sairauksien puuttumista, ja siten myös maailman terveysjärjestö WHO:n näkökulma terveyden edistämiseen toimii laajassa kestäväen kehityksen viitekehyyksessä. WHO huomioi toiminnassaan terveyserojen sosiaaliset taustatekijät ja pyrkii parantamaan tasa-arvoa ihmisten välillä puuttamalla niihin sosiaalsiin syihin, jotka aiheuttavat eriarvoisuutta.

Terveyden painotus kestävässä kehityksessä on näkynyt Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) agendalla koko kuluvan vuosituhanen. YK:n kahdeksasta vuosituhattavoitteesta neljä liittyi suoraan terveyteen. Tavoitteet liittyivät muun muassa lapsikuolleisuuden vähentämiseen, äitien terveyden parantamiseen sekä aidsia ja malariaa vastaan kamppailemiseen. Monista onnistumisistaan huolimatta vuosituhattavoitteita kritisoitiin kuitenkin niiden yksipuolisuudesta

ja kehityskaakeskeisyydestä. Vuosituhattavoitteiden myötä ihmisten hyvinvointi globaalisti parantui merkittävästi, mutta alueelliset erot jäivät suuriksi. Erityisesti monet Saharan eteläpuolisen Afrikan maat jäivät kauas tavoitteista. Vuonna 2015 otettiin merkittävä harppaus kohti kehityksen laaja-alaista tunnustamista, kun YK hyväksyi uudet kestävän kehityksen tavoitteet seuraavalle 15 vuodelle. Kestävän kehityksen tavoitteita on yhteensä 17, ja ne käsittelevät kehitystä useasta eri näkökulmasta. YK:n suunnitelma on laajuudessaan ja kunnianhimoisuudessaan ainutlaatuinen. Terveys on huomioitu ohjelmassa merkittävänä kestävän kehityksen peruspilarina. Terveiden laaja-alainen tunnustaminen, niin sanottu Universal Health Coverage, on läpileikkaava tema terveyteen liittyvissä tavoitteissa.

Tarkastelen tässä tutkielmassa Euroopan unionin (EU) ja BRICS-maiden eli Brasilian, Venäjän, Intian, Kiinan ja Etelä-Afrikan näkemyksiä globaalien terveyden hallinnasta ja siihen liittyvistä haasteista. Tutkimuksen tarkoituksena ei ole antaa läpileikkaavaa ja ajantasaista kuvaa siitä, minkälainen globaalien terveyden hallinnan järjestelmä tällä hetkellä on. Sen sijaan tutkimuksessa keskitytään siihen, minkälaisen diskurssien kautta EU ja BRICS-maat merkityksellistävät globaaliin terveyteen liittyviä haasteita. Tavoitteena on myös selvittää, minkälaiset hallinnan mallit EU ja BRICS-maat näkevät parhaimpina globaalien terveyden hallinnan järjestämiseksi. Tutkimuksen tutkimuskysymykset ovat: **Minkälaisia ongelmia EU ja BRICS-maat näkevät globaalien terveyden hallinnassa? Miten ne määrittelevät näitä ongelmia ja minkälaisia ehdotuksia niillä on hallinnan parantamiseksi? Onko EU:n ja BRICS-maiden mukaan globaalien terveyden hallintaa mahdollista järjestää monitasohallinnan keinoin?**

Tutkimuskysymyksiin vastataan diskurssianalyysin keinoin. Sosiaaliseen konstruktivismiin perustuva diskurssianalyysi tutkii, miten ja millä keinoin kieli rakentuu sosiaalisen käytäntöjen kautta (Howarth & Stavrakakis 2000). Diskurssianalyysi on monipuolinen laadullinen tutkimusmenetelmä ja teoriakehikko, ja sitä voi soveltaa lukemattomin eri tavoin sekä menetelmällisenä että teoreettisena välineenä. Tutkielmassani käytän poststrukturalismiin pohjautuvaa diskurssianalyysia, jonka mukaan asioille annetaan jatkuvasti uusia merkityksiä artikulaatiokäytäntöjen kautta. Siten mikään diskursiivinen teko ei koskaan ole lopullinen. Analyysi rakentuu kolmen diskursiivisen solmukohdan ympärille. Solmukohdat ovat diskurssin tiivistymiä, joissa toimijat käyvät diskursiivista kamppailua omien näkemyksiensä puolesta. Solmukohtien tarkastelun kautta voidaan tutkia, minkälaisen käsitteiden kautta toimijat pyrkivät merkityksellistämään asioita.

Valitsin tutkimuskohteiksi BRICS-maat ja EU:n, koska ne ovat molemmat merkittäviä kansainvälispoliittisia toimijoita. 512 miljoonan ihmisen asuttama EU on johtava toimija kehityspolitiikan ja talouden saralla (Eurostat 2017). EU:n tuottamat dokumentit ovat avoimia kaikille ja helposti saatavilla, joten ne toimivat siten hyvin analyysiosion aineistona. EU:n voi nähdä edustavan perinteistä kehityspoliittista toimijaa, jolla on ohjaava asema globaaliin kehityspolitiikkaan ja kestävään kehitykseen liittyvissä kysymyksissä. BRICS-maat sen sijaan ovat nousevia talouksia, joilla on yhä enemmän päätäntävaltaa globaaleilla foorumeilla. BRICS-maissa asuu yhteensä yli kolme miljardia ihmistä eli yli 40 prosenttia koko maapallon väestöstä (Ribeiro 2015, 13). BRICS-maiden yhteinen toiminta kohdistuu suurimmaksi kauppaa- ja talouspoliittiseen päätöksentekoon, mutta viime vuosien aikana maaryhmä on aktivoitunut yhteisten ministerikokousten kautta myös useilla muilla politiikan alueilla, kuten terveydessä, teollisuudessa ja koulutuksessa. Myös BRICS-maiden kokousten muistiot ja päätöslauselmat ovat avoimia kaikille ja helposti saatavissa. Kansainvälispoliittisena toimijana BRICS-maat edustavat EU:ta epätyypillisempää toimijatyyppeä. BRICS-maat ei ole EU:n tavoin kiinteästi institutionalisoitunut organisaatio. Lisäksi maiden yhteinen toiminta on alkanut vasta 2000-luvun kuluessa. EU ja BRICS-maat ovat kuitenkin tutkielmaan sopivia vertailukohteita, sillä molemmilla on selkeitä linjauksia ja tavoitteita liittyen globaaliin kehityspolitiikkaan ja terveyteen, ja lausunnoista löytyy mielenkiintoisia tutkimuskohteiksi soveltuvia ideologisia näkemyseroja.

Tutkielman rakenne jakautuu seuraavasti. Seuraavassa luvussa pohjustan tutkielmani taustaa ja pohdin terveyttä globaalina haasteena. Määrittelen globaalin terveyden käsitteen ja esittelen globaalin terveyden tieteenalan historiaa. Lisäksi käyn läpi EU:n ja BRICS-maiden ominaispiirteitä erityisesti terveyssektoriin liittyen. Luvussa kaksi pohjustan myös kahta keskeistä globaaliin terveyteen liittyvää näkökulmaa, jotka tulevat näkyväksi aineiston analyysissä: kuinka globaali terveys suhteutuu kansainvälisiin ihmisoikeuksiin ja kansainväliseen kauppapolitiikkaan. Luku kolme kattaa tutkielman teoreettismetodologisen viitekehyksen, eli globaalihallinnan ja monitasohallinnan sekä niiden diskursiivisen rakentumisen. Tämän jälkeen siirryn luvussa neljä analysoimaan tutkimukseni aineistoa diskurssianalyysin keinoin. Tutkielman viimeinen luku tiivistää analyysin johtopäätökset ja tutkielman akateemisen merkityksen sekä antaa aiheita mahdolliselle jatkotutkimukselle.

2. TERVEYS GLOBAALINA HAASTEENA

Tässä luvussa taustoitan tutkielmalleni keskeisiä käsitteitä sekä tematiikkaa. Syvennyn tarkemmin globaalin terveyden käsitteeseen ja esittelen globaalin terveyden tieteenalaa. Luvussa esitellään kaksi näkökulmaa, joiden kautta globaalia terveyttä voi pohtia ja joilla on merkittäviä vaikutuksia globaaliin terveyteen: terveyden suhde ihmisoikeuksiin sekä kauppapolitiikkaan. Globaali terveys on monisyinen asia. Terveyteen liittyviä päätöksiä tehdään monilla foorumeilla, jossa paremman terveyden tavoittelu ei ole ensisijainen tavoite. Useat kauppapoliittiset päätökset sekä kansainväliset kauppasopimukset vaikuttavat terveyteen globaalilla tasolla. Näen tarpeelliseksi taustoittaa näitä näkökulmia terveyteen, sillä ne nousevat keskeisiksi elementeiksi tutkielman analyysissä. Luvun lopuksi käyn läpi myös EU:n ja BRICS-maiden ominaispiirteitä globaalin terveyden toimijoina.

2.1. Globaali terveys tieteenalana ja käsitteenä

Globalisaatio näkyy muun muassa uusien tutkimusalojen syntyä, ja 2000-luvulla myös globaali terveys on vahvistanut asemansa sekä valtavirtaisena käsitteenä että uskottavana tieteenalana (De Leeuw et al. 2013). Useat eri tutkijat eri tieteenaloilta ovat osallistuneet globaalin terveyden käsitteen määrittelyyn. Monitieteelliseen käsitteeseen ovat ottaneet kantaa muun muassa lakitieteen, talouden, käyttäytymistieteiden, hallintotieteiden sekä historian asiantuntijat (Koplan et al. 2009, 1995). Käsite on saanut alkunsa perinteisemmän kansainvälisen terveyden käsitteen juurilta, jonka alkuperä on 1800-luvun lopun ja 1900-luvun alun tienoilla, jolloin se tarkoitti lähinnä valtioiden rajojen yli leviäviä epidemioita (Brown et al. 2006). Koplanin et al. (2009) mukaan kansainvälinen terveys tarkoittaa lähinnä ulkomailta, erityisesti kehitysmaissa, tehtyä terveyteen liittyvää työtä, joka liittyy trooppisiin sairauksiin, aliravitsemukseen, lapsien terveyteen sekä puhtaan veden saantiin.

Globaalin terveyden käsitteestä tuli uuden vuosituhannen myötä valtavirtainen käsite, kun hallitukset ja kansainväliset humanitaariset toimijat pitkälti hylkäsivät kansainvälisen terveyden käsitteen, jonka nähtiin keskittyvän liian suppeasti ainoastaan ”tarttuviin tauteihin lämpimän ilmaston maissa” (De Leeuw et al. 2013, 104). Koplanin et al. (2009) mukaan globaali tarkoittaa enemmän kuin vain valtioiden rajat ylittävää. Heidän mukaansa globaali terveys tarkoittaa

kaikkia terveyteen liittyviä asioita, jotka esiintyvät useissa maissa tai joihin vaikuttavat monikansalliset tekijät, kuten ilmastonmuutos ja kaupungistuminen, tai erilaiset ratkaisut kuten polion hävittäminen (Koplan et al. 2009, 1994). Globaalissa terveydessä termi ”globaali” viittaa ongelmien laajuuteen, ei sijaintiin. Toisin kuin kansainvälinen terveys, globaali terveys voi siten viitata myös valtioiden sisäisiin terveysasioihin.

Koplanin et al. (2009) painottaessa ongelmien laajuutta, Brown et al. (2006) lisäävät käsitteen määrittelyyn myös muiden kuin valtiollisten tai valtioiden välisten organisaatioiden merkityksen kasvun. Toisaalta he lisäävät käsitteeseen myös individualismia: globaali terveys merkitsee heidän mukaansa koko maailman ihmisten terveystarpeiden huomioimista yli valtioiden. De Cock et al. (2013) painottavat myös globaalien terveyden universaaliutta: yksikään maa ei voi taata kansalaistensa terveyttä eriytyväällä muusta maailmasta. Koplan et al. (2009) tarjoavat globaalille terveydelle selkeää määritelmää, jonka he toivovat tutkijoiden hyväksyvän ja siten edistävän globaalien terveyden toimia. He määrittelevät käsitteen näin:

”Globaali terveys on tieteen ja tutkimuksen ala, joka priorisoi terveyden parantamista sekä ihmisten oikeudenmukaista kohtelua terveysasioissa kaikkialla maailmassa. Globaali terveys painottaa valtioiden rajat ylittäviä terveysasioita, toimijoita ja ratkaisuja. Se sisältää useita eri tieteenaloina terveystieteistä ja muualta sekä edistää tieteidenvälistä yhteistyötä, sekä on yhdistelmä toisaalta väestöön perustuvasta ehkäisystä mutta myös yksilöllisyyttä painottavasta hoidosta.”¹

Beaglehole ja Bonita (2010) kritisoivat edellä esitettyä määrittelyä turhan pitkänajaksi ja tavoitteettomaksi. He esittävät oman määrittelyehdotuksensa, joka osittain perustuu Koplanin et al. (2009) määritelmään. Beagleholen ja Bonitan mukaan globaali terveys on ”yhteistyössä tehtyä valtioiden rajat ylittävää tutkimusta, joka edistää kaikkien ihmisten terveyttä.” Tämä määritelmä korostaa tieteidenvälisyyden tärkeyttä sekä normatiivista aspektia. Valtioiden rajat ylittävällä Beaglehole ja Bonita tarkoittavat sitä, että globaali terveys käsittelee ongelmia, jotka nousevat valtioiden yläpuolelle, vaikka vaikutukset ovatkin nähtävissä valtiotasolla.

¹ ”Global health is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasises transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes inter-disciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care.” (Koplan et al. 2009, 1995.)

Beagleholen ja Bonitan määritelmä jättää mielestäni monia tärkeitä aspekteja huomiotta pyrkimyksessään määritellä globaalin terveyden käsite mahdollisimman lyhytsanaisesti. Ymmärrän globaalin terveyden käsitteen sekä Koplanin et al. (2009) sekä Brownin et al. (2006) määritelmien pohjalta. Tutkielmassani globaali terveys tarkoittaa kansainvälistä terveyttä laajempaa ymmärrystä terveyteen liittyvistä haasteista ja ratkaisuista. Siihen liittyy keskeisesti normatiivinen pyrkimys terveysolojen parantamiseksi. Globaalin terveyden sektorilla toimii valtioiden lisäksi useita eri toimijoita kansallisella ja kansainvälisellä tasolla, ja siihen vaikuttavat myös muilla politiikan sektoreilla tehdyt päätökset.

2.2. Globaali terveys: ihmisoikeusperustainen näkökulma

Oikeus terveyteen on laaja käsite, josta käytetään välillä myös nimeä oikeus terveydenhuoltoon tai yleisemmin nimitystä terveysoikeudet (Xiong 2012, 15). Termeillä on kuitenkin joitakin merkityseroja: esimerkiksi termiä oikeus terveydenhuoltoon käytetään usein puhuttaessa pääsystä terveydenhoitopalveluihin paikallisella tasolla (Toebes 1999). Sen sijaan termi oikeus terveyteen vastaa parhaiten kansainvälisten ihmisoikeussopimusten sisältöä. Oikeus terveyteen on saanut pysyvän tunnustuksen kansainvälisten ihmisoikeussopimusten keskuudessa. Sen laaja tunnustaminen takaa sen, että oikeus on sekä tapaoikeudellinen kansainvälisen normi, että soft law – ja sopimusoikeudellinen normi (Xiong 2012, 18).

Oikeus terveyteen juontaa juurensa YK:n peruskirjaan ja ihmisoikeuksien yleismaailmalliseen julistukseen. Peruskirjan 55. artiklan mukaan YK:n tulee edistää ”kansainvälisten taloudellisten, sosiaalisten, terveydellisten ja muiden tämänlaatuisten kysymysten ratkaisemista” (YK 1945). Ihmisoikeusjulistuksen mukaan jokaisella on oikeus sellaiseen elintasoon, että se tukee ihmisen terveyttä ja hyvinvointia (YK 1948). YK:n alaisen Maailman terveysjärjestö WHO:n peruskirja kirjoitettiin pian YK:n perustamisen jälkeen vuonna 1946, ja järjestö alkoi toimia vuonna 1948. WHO:n peruskirja on ensimmäinen kansainvälinen dokumentti, jossa on määritelty yksilön oikeus terveyteen (Forman 2014, 462). Siinä terveys määritellään ”täydellisen ruumiillisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi eikä ainoastaan taudin tai raihnaisuuden puuttumiseksi” (WHO 1946). Peruskirjan mukaan oikeus korkeimpaan mahdolliseen terveyden tasoon on jokaisen ihmisen perustavanlaatuinen oikeus riippumatta rodusta, uskonnosta, poliittisista mielipiteistä, tai sosiaalista tai taloudellisista olosuhteista. Peruskirjaa vahvistettiin

vuonna 1978 Alma-Atan julistuksella, jossa terveys määriteltiin perustavanlaatuisesti ihmisoikeudeksi (WHO 1978). Lisäksi julistuksen mukaan korkeimman mahdollisen terveydentason saavuttaminen on ”tärkein maailmanlaajuinen sosiaalinen tavoite”, jonka tunnustaminen vaatii toimia myös monilla muilla sektoreilla terveyssektorin lisäksi.

Oikeus terveyteen ei siis tarkoita esimerkiksi ainoastaan sitä, että ihmisellä on mahdollisuus käyttää terveystalvveluita, vaan ennemminkin seurausta terveystalvveluiden käytöstä (Preda 2012, 17). WHO:n (2016a) mukaan oikeus terveyteen koostuu erilaisista vapauksista ja oikeuksista (*entitlements*). Vapauksiin kuuluu esimerkiksi vapaus kontrolloida omaa kehoaan, joka liittyy seksuaali- ja lisääntymisoikeuksiin. Oikeuspuoleen taas kuuluu esimerkiksi oikeus terveydenhuoltojärjestelmään, joka takaa kaikille tasapuolisen mahdollisuuden korkeimpaan mahdolliseen terveyden tasoon. Onkin tärkeää huomioida, että oikeus terveyteen ei siis tarkoita sitä, että jokaisella on oikeus olla terve. Sen sijaan se tarkoittaa, että jokaisella on oikeus niihin vapauksiin ja oikeuksiin, joita heille korkeimman mahdollisen terveyden tason saavuttaminen edellyttää.

Yleismaailmallisen ihmisoikeusjulistuksen lisäksi tärkein oikeus terveyteen –normia raamittava kansainvälinen sopimus on taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR*). Kansainvälisen oikeuden piirissä ICESCR tarjoaa vankimman määrittelyn oikeudelle terveyteen (Forman 2014, 463). Sopimuksen mukaan jokaisella ihmisellä on oikeus ”korkeimpaan mahdolliseen terveyden tasoon niin fyysisesti kuin henkisestikin” (YK 1976, art. 12). Sopimuksessa esitetään valtioille ohjeet oikeuden toteutumiseen, ja ne liittyvät esimerkiksi lapsikuolleisuuden vähentämiseen sekä terveystalvveluiden lisäämiseen (YK 1976).

Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (CESCR) on itsenäinen asiantuntijoiden ryhmä, joka perustettiin seuraamaan ICESCR:n toimeenpanoa. Komitean tehtävänä on antaa tarkentavia kommentteja ja tarkentaa, mitä oikeuksien toteutuminen käytännössä tarkoittaa ja vaatii. Vuonna 2000 se antoi tarkentavan kommenttinsa ICESCR:n 12. artiklaan. Komitean 14. kommentti korostaa normatiivisuutta oikeudessa terveyteen ja sen syrjimätöntä luonnetta (YK 2000). Sen mukaan oikeus terveyteen on kaksisuuntainen ja kattaa sekä oikeuden asiankuuluvan terveydenhoitoon että taustalla olevat edellytykset terveyden saavuttamiselle. Näitä edellytyksiä ovat juotavan veden saatavuus, riittävät sanitaatiomahdollisuudet, riittävä turvallisen ruoan saatavuus, turvallinen asumus sekä oikeus saada tietoa terveysasioista, kuten lisääntymisterveys-

ja seksuaalioikeuksista (YK 2000, para. 11). Komitea halusi kommentillaan tarkentaa, että olisi liian suppea näkökulma katsoa, että oikeus terveyteen tarkoittaisi ainoastaan esimerkiksi oikeutta terveydenhuoltoon. Lisäksi komitean mukaan oikeus terveyteen sisältää neljä elementtiä: *availability*, *accessibility*, *acceptability* ja *quality* (YK 2000, para. 12). Saatavuus (*availability*), tarkoittaa sitä, että terveydenhuoltopalveluita ja –tuotteita pitää olla maassa saatavilla tarvittava määrä. Lisäksi valtion tulee taata pääsy (*accessibility*) näihin tuotteisiin ja palveluihin ilman syrjintää kaikille, erityisesti marginaalisille ja syrjäytyneille ryhmille. Pääsy pitää sisällään myös sen, että tuotteiden ja palveluiden tulee olla taloudellisesti saavutettavissa, ja niistä tulee olla saatavilla tarvittava informaatio. Hyväksyttävyyys (*acceptability*) tarkoittaa sitä, että palveluiden ja tuotteiden tulee noudattaa lääketieteellistä etiikkaa ja kunnioittaa yksilöiden kulttuuria, kun taas laatu (*quality*) merkitsee sitä, että valtion tulee taata ammattitaitoinen henkilökunta ja tarvittavat asianmukaiset terveydenhuoltovälineet.

Syyskuussa 2015 YK pääsi yksimielisyyteen kaikkia jäsenvaltioita koskevista post-2015 – tavoitteista, jotka ohjaavat kestävä kehityksen toteuttamista kaikissa jäsenvaltioissa vuoteen 2030 asti. Tavoitteista kolmannen on tarkoitus taata terve elämä kaikille ja edistää hyvinvointia kaiken ikäisten keskuudessa. Tavoite on kunnianhimoinen, ja siihen kuuluu esimerkiksi aids- ja malariaepidemioiden pysäyttäminen sekä ehkäistävissä olevista lapsikuolemista eroon pääseminen. Olennainen osa YK:n tavoitetta on myös terveyden universaali kattavuus (universal health coverage), joka tarkoittaisi sitä, että kaikilla olisi pääsy terveydenhuoltoon sekä mahdollisuus saada edullisia lääkkeitä. Tämä on tärkeä keino edistää oikeutta terveyteen.

Laaja kansainvälisoikeudellinen perusta oikeudelle terveyteen on siis selvästi olemassa. Oikeus terveyteen on universaalisti tunnustettu normi ja ihmisoikeus. Johtuen sen sisällyttämisestä tärkeimpiin kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin, maailman jokainen maa on tunnustanut sen olemassaolon ratifioimalla ainakin yhden näistä sopimuksista (Erk 2011, 9). On kuitenkin selvää, että oikeus terveyteen ei toteudu läheskään kaikkialla maailmassa. Syynä voi olla esimerkiksi se, että oikeuden terveyteen on nähty sisältävän liian paljon yksityiskohtia, mikä voi johtaa siihen, että se menettää merkityksensä. Se on myös päällekkäinen useiden muiden ihmisoikeuksien, kuten oikeuden elämään, kanssa. Se linkittyy keskeisesti myös sellaisiin ihmisoikeuksiin kuten oikeus koulutukseen, ruokaan ja veteen. Toisaalta taas nämä oikeudet voidaan nähdä edellytyksinä oikeudelle terveyteen. Oikeutta terveyteen leimaakin sen ympäröivä luonne. Oikeuden määrittely, ”korkein mahdollinen terveyden taso”, on aiheuttanut epäselvyyttä

laajuudessaan. Formanin (2014) mukaan komitean 14. kommentti on ollut hyvä lisä tarkentamaan oikeuksia ja velvollisuuksia liittyen oikeuteen terveyteen, mutta se ei silti täysin ratkaise muotoilusta syntyviä ongelmia. Xiongin (2012, 23) mukaan erityisesti kuitenkin se, että normi on laajasti tunnustettu myös kansallisella tasolla, todistaa sen, että oikeus terveyteen ei ole vain tyhjä käsite.

2.3. Globaali terveys ja kansainvälinen kauppa

Globaalin terveyden keskinäisriippuvuus suhteessa muihin politiikan aloihin on ilmeinen erityisesti kauppapolitiikan kanssa. Kansainvälistä kauppapolitiikkaa sääntelee Maailman kauppajärjestö WTO (*World Trade Organization*). WTO:n sopimuksista globaaliin terveyteen vaikuttaa erityisesti TRIPS-sopimus (*Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*), joka on merkittävin immateriaalioikeuksien² kansainväliseen hallintaan liittyvä oikeudellinen sopimus (Sundaram 2015, 121–122).

TRIPS-sopimus on sitova kaikille WTO:n jäsenmaille, mikä tarkoittaa sitä, että jokaisen WTO:n nykyisen jäsenmaan tai jäseneksi haluavan maan on muokattava oma kansallinen lakinsa yhteensopivaksi TRIPS-sopimuksen vaatimusten kanssa. TRIPS-sopimus velvoittaa kaikkia WTO:n 164 jäsenmaata.³ TRIPS-sopimuksen myötä kansainvälinen patenttien sääntely nousi uudelle tasolle. Voidaankin sanoa, että TRIPS-sopimus aloitti globalisoituvan patenttijärjestelmän aikakauden (Kauppinen 2008, 153; Sell 2003, 10).

TRIPS-sopimus vaikuttaa erityisesti lääkkeiden saatavuuteen kansainvälisellä tasolla. Lääkkeiden saatavuus on yksi tärkeimpiä konkreettisia ilmentymiä oikeudesta terveyteen. On

² Immateriaalioikeudet ovat oikeuksia, joiden avulla voidaan turvata henkisen työn tulosten taloudellinen hyödyntäminen (Haarmann & Mansala 2012, 15). Immateriaalioikeudet jaetaan tavallisimmin kahteen eri pääalueeseen: tekijänoikeuksiin ja teollisoikeuksiin. Tekijänoikeudet suojaavat tavallisimmin taiteilijoiden ja kirjailijoiden työtä, kun taas teollisoikeudet esimerkiksi erilaisia keksintöjä. Tällaiset omistusoikeudet ovat tärkeä osa nykyistä kapitalistista talousjärjestelmää. Globaalisti näkemykset siitä, mitä ihminen voi omistaa, vaihtelevat kuitenkin radikaalisti, ja länsimaiden ulkopuolella yksityisomistus ei olekaan samanlainen itsestäänselvyys. Tästä syystä moraaliset ja eettiset ongelmat kietoutuvat immateriaalioikeuksien aihepiiriin tiiviisti. Immateriaalioikeudet liittyvät laajemmin kysymykseen tiedon omistamisesta. Niiden keskiössä on perustavanlaatuinen kysymys siitä, kuka lopulta voi omistaa ja mitä, ja kenellä on oikeus ideoista syntyvään voittoon (Garmon 2002).

³ WTO:n jäsenmäärä vuonna 2017.

yleisesti tunnustettu, että lääketieteellisiä tuotteita ei voida pitää täysin tavallisina hyödykkeinä tai tuotteina johtuen esimerkiksi siitä, että kuluttajat eivät pysty arvioimaan tuotteiden laatua (WHO 1999, 17). Tästä syystä ne luokitellaan elintärkeiksi hyödykkeiksi (*essential goods*) korostaen sitä, että niiden täytyy olla kaikkien ihmisten saatavissa (WHO 1999, 17–18). Yksi merkittävimmistä TRIPS-sopimusta seuranneista huolenaiheista olikin se, kuinka sopimus vaikuttaisi lääkkeiden saatavuuteen. WTO:n alaisista sopimuksista TRIPS-sopimuksen on nähty vaikuttavan lääketieteellisuuteen ja lääkkeiden saatavuuteen kaikista eniten, sillä ennen TRIPS-sopimuksen voimaantuloa yli 40 maata ei antanut lääketieteellisille tuotteille lainkaan patenttisuojaa (WHO 2016). TRIPS-sopimuksen velvoittama 20 vuoden patenttisuojaa kaikille keksinnöille tarkoittaa kuitenkin sitä, että myös kaikki lääketieteelliset tuotteet ja prosessit saavat patenttisuojan. Ennen TRIPS-sopimusta lääkkeille myönnettyt patenttiammat olivat huomattavasti lyhyempiä: useissa kehittyneissä maissa ajat vaihtelivat 15–17 vuoden välillä, kun taas esimerkiksi Intiassa patenttisuojat saattoivat kestää vain 5–7 vuotta (WHO 2005, 238). Useat maat eivät myöntäneet lääketieteellisiä patenteja lainkaan, huolenaan patenttien vaikutus lääkkeiden hintoihin.

TRIPS-sopimuksen vaikutukset lääketieteellisuuteen vaihtelevat sen mukaan, minkä tyyppisiä tavoitteita lääkeyhtiöillä on. Lääkeyhtiöt voidaan jakaa karkeasti kahteen luokkaan. On yrityksiä, jotka panostavat tuotekehitykseen ja testaukseen. Kyseiset yritykset yleensä omistavat paljon patenteja ja markkinoivat useita tuotteita yksinoikeudella. Patentointia perustellaan sillä, että tutkimukseen ja kehitykseen käytetyt rahat saataisiin takaisin. Moraalinen ja eettinen kysymys liittyen tuotekehitystä tekeviin lääkeyhtiöihin kuuluu, millaisia tuotteita kehitetään. Koska suuret markkinat ja maksavat asiakkaat ovat pääasiassa rikkaissa teollisuusvaltioissa, myös lääkeyhtiöiden tuotekehitys painottuu pitkälti länsimaalaisia vaivaaviin sairauksiin, kuten diabetekseen ja syöpään. Jotkin yhtiöt sen sijaan tuottavat ainoastaan niin sanottuja geneerisiä lääkkeitä (*generic drugs*). Geneerisillä lääkkeillä tarkoitetaan patentoiduille lääkkeille vaihtoehtoisia lääkkeitä. Ne ovat usein yhtä tehokkaita, mutta hinnaltaan paljon halvempia kuin patentoidut alkuperäistuotteet. Niitä tuotetaan ilman tarvittavaa lisenssiä kehittäjäyritykseltä, ja vasta sen jälkeen, kun alkuperäisen lääkkeen patentti on umpeutunut (WHO 2016). Geneeriset lääkkeet ovat usein ainoa keino kehittyvien maiden asukkaille hankkia tarvitsemiaan lääkkeitä.

Kysymys lääkkeiden saatavuudesta korostuu erityisesti kehittyvissä maissa. TRIPS-sopimuksen voimaantulo muutti merkittävästi kehittyvien maiden asemaa liittyen lääkkeiden patentteihin,

sillä aikaisemmat sopimukset immateriaalioikeuksista koskettivat lähinnä teollisuusmaita. Kehittyvät maat ovat myös perinteisesti vastustaneet tiukkaa henkisen omaisuuden suojelua johtuen siitä, että usein uusien innovaatioiden kehittäminen vaatii pitkälle edennyttä teollistumista. Tästä syystä, erityisesti kehittyvien maiden asemaa silmällä pitäen, TRIPS-sopimukseen on ajan myötä lisätty useita sen joustavuutta lisääviä ehtoja. 1990-luvun lopulla kasvoi huoli siitä, kuinka vahvistunut patenttioikeuksien suojaaminen vaikuttaa kehittyvien maiden terveyssektoreihin. Vaikka TRIPS-sopimukseen oli kirjattu useita sopimuksen joustavuutta lisääviä ehtoja, niiden käytännön toimivuudesta ja hyödyntämisestä ei ollut tarkkaa tietoa. Siksi vuonna 2001 WTO:n ministerikokous hyväksyi niin sanotun Dohan julistuksen (*The Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*) seurauksena jo pitkään jatkuneelle keskustelulle siitä, kuinka TRIPS-sopimus vaikuttaa lääkkeiden saatavuuteen. Julistuksessa WTO:n jäsenmaat tunnustavat terveyteen liittyvien haasteiden vakavuuden kehittyvissä maissa. Julistuksen mukaan TRIPS-sopimuksen ei tule missään tilanteessa estää jäsenmaita toimimasta terveyssektorinsa suojaamiseksi (WTO 2001, para. 4). Julistuksessa todetaan patenttien tärkeys lääkkeiden kehitykselle, mutta tunnustetaan myös huoli siitä, kuinka patentit vaikuttavat lääkkeiden hintoihin (*ibid.*, para. 3). Dohan julistus oli tärkeä, sillä se tarkensi käytännössä sopimuksen joustavuusehtoja ja todisti sen, että myös WTO:n sopimuksissa on tulkintavaraa ja että WTO tunnustaa huolen liittyen lääkkeiden saatavuuteen (Van Eeckhaute 2002, 12).

Ihmisoikeudet ja immateriaalioikeus ovat oikeudenaloina kehittyneet toisistaan riippumatta, mutta TRIPS-sopimuksen myötä ne ovat selvästi lähentyneet ja sivuavat nykyään toisiaan usealla alalla. Omistusoikeudet ja ihmisoikeudet ovat linkittyneet toisiinsa jo useiden vuosikymmenten ajan, mutta lähinnä vasta TRIPS-sopimuksen jälkeen on alettu puhua immateriaalioikeuksien ja ihmisoikeuksien suhteesta (Cullet 2007, 404). Vahvempien patenttioikeuksien puolustajat näkevät TRIPS-sopimuksen jopa yhtä lailla turvaavan ihmisoikeuksia, eli tuotteen kehittäjän oikeutta tuotteeseensa (Sterckx 2004). Taloudellisten oikeuksien ja utilitarismin puolestapuhujat sen sijaan näkevät sopimuksen lopulta hyödyttävän myös kehittyviä maita, koska se edistäisi paikallista lääkkeiden tuotantoa ja lisäisi ulkomaalaisten investointien määrää (*ibid.*).

Vaikka tutkijat ovatkin erimielisiä siitä, mitkä lopulta ovat seuraukset lääkkeiden saatavuudelle ristikkäisistä lainsäädännöistä, on selvää, että ihmisoikeuksien ja immateriaalioikeuksien linkittyminen globaalin terveyden sektorilla aiheuttaa selkeän periaatteellisen ristiriidan. On

kuitenkin huomioitava, että lääkkeiden saatavuuteen ja yleiseen terveyden tilaan kehittyvissä maissa vaikuttavat monet muutkin asiat kuin ainoastaan kansainvälinen lainsäädäntö. Resurssipula, huono infrastruktuuri ja asiantuntijuuden puute ovat yhtä lailla mahdollisia syitä siihen, että tarpeellisia lääkkeitä ei välttämättä ole saatavissa. Onkin siis tärkeää pitää mielessä, että TRIPS-sopimusta ei voida pitää ainoana syynä siihen, että oikeus terveyteen ei välttämättä kaikkialla maailmassa toteudu.

2.4. Euroopan Unioni ja BRICS-maat globaalien terveyden toimijoina

Euroopan Unioni

Euroopan yhdentymisen taustalla oli alkujaan hiili- ja talousyhteisö ja sen tuomat taloudellisen yhteistyön hyödyt. Integraatio on sittemmin levinnyt myös monille muille toimialoille tehden EU:sta merkittävän globaalien toimijain useilla politiikan sektoreilla. Maastrichtin sopimuksen myötä vuonna 1993 terveys huomioitiin ensimmäisen kerran EU:n agendalla (Emmerling & Heydemann 2013, 225). Oikeus terveyteen on myös mainittu EU:n ihmisoikeusjulistuksessa. Vaikka osalla EU:n jäsenmaista on omat kansalliset globaalien terveyden strategiansa, EU:n tavoite on kuitenkin puhua yhdellä äänellä ja tehdä kompromissi 28 jäsenmaan kesken.

EU on suurin yksittäinen kehitysavun antaja. Vuosittaisella 50 miljardin euron kontribuutiollaan se kattaa 56 prosenttia koko maailman kehitysavusta (Euroopan komissio, 2017). Terveys ei sisällynyt EU:n alkuperäisiin kehityspolitiikan sopimuksiin, mutta on sittemmin saanut EU:n globaalissa toiminnassa pysyvän jalansijan. Merkittävänä globaalien terveyden rahoittajana EU:lla on paljon valtaa siinä, mihin suuntaan globaalien terveyden hallintaa viedään. Edistäessään globaalien terveyttä kehityspolitiikan kautta EU vie ulkomaille unionin omia sosiaalisia arvojaan. Ihmisoikeusperustaisuus, terveysjärjestelmien vahvistaminen ja lääkkeiden saatavuus ovat EU:lle tärkeitä arvoja niin jäsenmaiden sisällä kuin globaalistikin. (Emmerling & Heydemann 2013, 226).

EU toimii terveyden edistämiseksi usealla eri tasolla ja foorumilla. EU:lla on tarkkailijajäsenyys WHO:ssa, mikä tarkoittaa sitä, että sillä ei ole täyttä äänestys-oikeutta (Battams et al. 2014, 545). EU toimi kuitenkin itsenäisenä neuvottelevana osapuolena muun muassa ensimmäisen WHO:n neuvotteleman kansainvälisen sopimuksen, kansainvälisen tupakkapuitesopimuksen eli FCTC:n

(*Framework Convention on Tobacco Control*), neuvottelussa. Sen sijaan kaikki EU:n jäsenmaat ovat WHO:n täysimääräisiä jäseniä, ja unionin jäsenmailla on kaikilla omat kansalliset terveyspolitiikkansa.

Sopimus Euroopan unionin toiminnasta määrittelee EU:n roolin terveyden edistämässä olevan lähinnä jäsenmaita tukeva, ohjaava ja täydentävä (SEUT, art. 168). Lissabonin sopimuksen mukaisesti EU ja sen jäsenmaat toimivat jaetun toimivallan periaatteen mukaisesti terveysuhkiin liittyvissä kysymyksissä tarkoittaen sitä, että sekä EU että jäsenmaat voivat tehdä laillisesti sitovia päätöksiä. Julkisen terveyden on perinteisesti nähty olevan jäsenmaiden lainsäädäntövallan alla, mutta globaalien terveyden haasteisiin liittyen EU toimii myös jaetun suvereniteetin perusteella (Battams et al. 2014). Lissabonin sopimuksen myötä perustettu EU:n ulkosuhdehallinto EEAS (*European Union External Action Service*) liitti globaalien terveyden keskeisemmäksi osaksi EU:n ulkopolitiikkaa. EEAS hoitaa globaaliin terveyteen liittyviä asioita yhdessä Euroopan komission ja vaihtuvan Euroopan unionin neuvoston puheenjohtajamaan kanssa (Battams et al. 2014, 544).

BRICS-maat

BRICS-mailla viitataan Brasilian, Venäjän, Intian, Kiinan ja Etelä-Afrikan muodostamaan poliittiseen ryhmittymään. Nimitys juontuu maiden englanninkielisten nimien alkukirjaimista. BRICS-maat ovat tavanneet säännöllisissä huippukokouksissa vuodesta 2009 alkaen. Etelä-Afrikka hyväksyttiin ryhmän jäseneksi vuonna 2010, ja se osallistui ensimmäiseen BRICS-huippukokoukseensa vuonna 2011. Huippukokoustason lisäksi BRICS-maat kokoustavat vuosittain eri politiikanalojen ministerikokouksissa. BRICS-maiden terveysministerien kokouksia on järjestetty vuodesta 2011 alkaen. Vuodesta 2012 lähtien maiden terveysministerit ovat kokoustaneet lisäksi WHO:n huippukokousten yhteydessä.

BRICS-maat ovat heterogeeninen maaryhmä, joiden historiat, poliittiset järjestelmät, väestörakenteet ja kansainväliset intressit poikkeavat toisistaan merkittävästi. Imperialistiset suurvallat Kiina ja Venäjä ja entiset siirtomaat Intia, Etelä-Afrikka ja Brasilia muodostavat taloudellisesti ja geopolittisesti merkittävän joukon maita, joiden yhteenlaskettu väkiluku nousee yli kolmeen miljardiin ja kattaa siten yli 40 prosentin koko maapallon väestöstä (Ribeiro 2015, 13).

Brasiliaa ja Intiaa leimaa niiden merkittävä rooli geneeristen lääkkeiden tuottajina. Intian 1970-luvulla tekemä päätös olla myöntämättä lääketieteellisiä patenteja pysyi voimassa vuoteen 2005 asti, jolloin WTO:n TRIPS-sopimus astui maassa voimaan. Päätöksen myötä Intiasta kasvoi yksi maailman merkittävimmistä geneeristen lääkkeiden tuottajista, joka ei ole ollut kiinnostunut uusien lääkkeiden kehittämisestä, vaan edullisten lääkkeiden tarjoamisesta oman maan kansalaisille ja kehittyviin maihin (Wilson & Rao 2012, 4). Lääketeollisuus tuottaa Intialle noin 20 miljardia dollaria vuodesta, josta yli 8 miljardia tulee viennistä (*ibid.*). Brasilia sen sijaan on latinalaisen Amerikan suurin geneeristen lääkkeiden tuottaja.

Etelä-Afrikka on bruttokansantuotteellaan mitattuna Afrikan rikkaimpia valtioita, mutta siitä huolimatta maa on jäänyt inhimillisessä kehityksessä monia köyhempiä maita jälkeen. Etelä-Afrikassa on väestöön suhteutettuna eniten hiv-positiivisia ihmisiä koko maailmassa – lähes 56 miljoonaisesta väestöstä virusta kantaa 7,1 miljoonaa ihmistä, joista noin 56 prosenttia on ARV-hoidon piirissä (UNAIDS 2017). Myös Venäjää piinaa laajasti levinnyt hi-virus, ja toisin kuin yleisesti maailmalla, Venäjällä uusien hiv-tartuntojen määrä jatkaa kasvamistaan. Vuodesta 2006 uusien diagnosoitujen hiv-potilaiden määrä on kasvanut 146 prosentilla, ja määrä kasvaa 10–15 prosentilla vuosittain (Avert 2017). Aikuisista potilaista 37 prosenttia on lääkityksen piirissä (*ibid.*).

Kiinan voimakas taloudellinen kasvu on nostanut sen yhdeksi maailman merkittävimmistä taloudellisista ja ulkopoliittisista toimijoista. Globaalin terveyden sektorilla maa ei kuitenkaan ole pyrkinyt samanlaiseen asemaan. Noustakseen varteenotettavaksi globaalin terveyden toimijaksi Kiinan tulisi lisätä aktiivisuuttaan globaalin terveyden hallinnassa sekä nostaa WHO-rahoituksensa varteenotettavalle tasolle. Tällä hetkellä Kiinan kontribuutio WHO:n perusrahoitukseen on merkittävästi muita BRICS-maita alhaisempi (Röhren 2017).

Eroavaisuuksistaan huolimatta BRICS-mailla on myös monia yhdistäviä tekijöitä. BRICS-maat ovat kaikki nousevia talouksia, mutta sen lisäksi niitä yhdistää ennen kaikkia valtion rooli keskeisimpänä toimijana (Ribeiro 2015, 3). Valtioiden poliittista johtoa leimaavat pitkät valtakaudet, yksipuoluejärjestelmät ja yksittäisten hallitsijoiden merkittävä poliittinen valta ja suosio. Maita yhdistää myös niiden sisäpoliittinen sitoumus terveyden parantamiseen, terveys merkittävänä globaalina intressinä sekä ihmisoikeusperustainen näkökulma terveyteen (Kirton, Kulik & Bracht 2014, 153).

Kirton et al. (2014) ovat tutkineet BRICS-huippukokousten merkitystä globaalien terveyden hallinnassa. Heidän mukaansa BRICS-maat ovat merkittävä globaalien terveyden hallinnan muokkaaja, joka on luonut omanlaisensa institutionalisoituneen lähestymistavan globaalien terveyden hallintaan. BRICS-maat ovat omaksuneet G8- ja G20-maiden huippukokousmallin ja hyödyntäneet sitä globaalien terveyden alalla, jossa G8- ja G20-maat eivät ole ottaneet merkittäviä edistysaskeleita. Tutkijat näkevät BRICS-maiden menestyksen alalla johtuvan terveyteen liittyvistä shokeista, joita maat ovat joutuneet kohtaamaan. Venäjää, Brasiliaa ja Etelä-Afrikkaa ravistelleet hiv/aids-epidemiat ovat pakottaneet maita parantamaan kansallisia terveysjärjestelmiään. Koko maailmaan, mutta erityisesti Kiinaan, vuonna 2003 iskenyt SARS-epidemia todisti Kiinan terveysjärjestelmän heikkouden, jonka seurauksena maa teki monia parannuksia alalla ja alkoi myös toimia aktiivisemmin monenvälisissä kansainvälisissä organisaatioissa, kuten WHO:ssa (Kirton et al. 2014, 151–152). Lisäksi kansainvälisten järjestöjen kyvyttömyys puuttua globaalien terveyden ongelmiin – tämä näkyi erityisesti vuonna 2014 alkaneen Länsi-Afrikan ebola-epidemiaan vastaamisessa – on johtanut siihen, että alueelliset toimijat ovat saaneet enemmän valtaa globaalien terveyden sektorilla. Kirton et al. (2014, 154) näkevät BRICS-maiden toiminnan onnistumisen taustalla myös pieneen toimijamäärään liittyvät hyödyt, kuten hyvän keskusteluyhteyden ja konsensusmahdollisuuden sekä pienet transaktiokustannukset.

Gloaalien terveyden toimijoina BRICS-maat voivat tarjota omakohtaista neuvoa ja kokemusta globaalien terveyden haasteiden selättämisestä kehittyville maille. Osa tutkijoista on kuitenkin sitä mieltä, että BRICS-maiden terveysministerien tapaamisten vaikutus globaalien terveyden kentällä on käytännössä kovin vähäinen (McKee et al. 2014). Kiinnostus globaaliin terveyteen näyttää tällä hetkellä hiipuvan monenvälisissä päätöksentekoeleimissä, kuten G8:ssa ja G20:ssa, joten BRICS-mailla voisi olla potentiaalinen mahdollisuus täyttää tätä tyhjiötä. EU:sta puhuttaessa haasteet ja mahdollisuudet ovat erilaisia. Vakiintuneena kehityspoliittisena ja globaalina toimijana EU:lla on mahdollisuus vahvistaa asemaansa terveyden saralla. Toisaalta haasteena on yhden äänen löytäminen sekä globaalien terveyden painuminen näkymättömiin muiden enemmän huomiota saavien asioiden, kuten talouden ja maahanmuuton, tieltä. Gloaalien terveyden toimijoina EU:n ja BRICS-maiden erilaiset taustat, tavoitteet ja intressit muodostavatkin mielenkiintoisen pohjan tämän tutkielman tutkimusasetelmaksi.

3. GLOBAALIHALLINNAN DISKURSSIT

3.1. Mitä on globaalihallinta?

Perinteinen kansainvälisen politiikan tutkimus on pohjautunut vahvasti ajatukseen kansainvälisestä järjestyksestä, jossa keskeisimpiä toimijoita ovat itsenäiset kansallisvaltiot. Viimeisten kymmenien vuosien aikana globalisaatiosta on kuitenkin tullut yksi kansainvälisen politiikan tärkeimmistä tutkimuskohteista. Globalisaatiolle on tarjottu lukemattomia eri määritelmiä, joista tutkijat eivät ole päässeet yksimielisyyteen. Scholte (2008) jaottelee globalisaatiosta tehdyt määritelmät neljään eri kategoriaan: globalisaatio kansainvälistymisenä, jolloin se tarkoittaa valtioiden välisen kanssakäymisen ja keskinäisriippuvuuden lisääntymistä; globalisaatio liberaalisena, joka viittaa ajatukseen neoliberaalista talousjärjestelmästä, transaktiokustannusten pienentämisestä ja avoimesta ja vapaasta globaalista taloudesta; globalisaatio universalismina eli prosessina, jossa ideat ja tavarat leviävät kaikkialle maailmassa ja joka johtaa kulttuurien yhtenäistymiseen; ja globalisaatio länsimaalaistumisena, joka viittaa länsimaalaisten arvojen ja järjestelmien valtavirtaistumiseen. Globalisaation myötä valtioiden rajat ovat tulleet häilyvimiksi, ja kanssakäyminen poliittisissa, taloudellisissa sekä kulttuurisissa asioissa on valtioiden välillä lisääntynyt merkittävästi. Globalisaatio haastaa perinteistä näkemystä valtiosta kansainvälisen järjestelmän keskeisimpänä toimijana.

Nykyajan monisyiset globaalit ongelmat, kuten ilmastonmuutos tai terrorismi, vaativat sellaisia ratkaisuita, joihin ei pystytä ainoastaan valtiotasoisella politiikalla vaikuttamaan. Valtioiden roolin pieneneminen ja uudenlaisten toimijoiden valtavirtaistuminen kansainvälisen politiikan kentällä ovat johtaneet uudenlaisten hallinnan keinojen tarpeeseen. Globalisaatio on mullistanut tavan hallita kansainvälisiä suhteita verrattuna toisen maailmansodan jälkeiseen aikaan, jolloin monenvälisen hallinnan rakenteet luotiin (Kazancigil & De Senarclens 2007, 4). Kansainvälisen politiikan tutkimukseen onkin juurtunut valtavirtaisesti erilaisten hallinnan keinojen tutkiminen. Muutaman vuosikymmenen ajan kansainvälisen politiikan tutkijat ovat tutkineet globaalihallinnan (*global governance*) merkitystä kansainvälisissä suhteissa. Globaalihallinnan käsitteen voi nähdä syntyneen 1970–80-luvuilla seurauksena tyytymättömyydestä realismin ja liberalismien teorioihin ja niiden kyvyttömyyteen tutkia globalisaation vaikutuksia sekä kansainvälisten organisaatioiden ja muiden ei-valtiollisten toimijoiden määrän ja vaikutusvallan kasvua (Weiss 2000, 796).

Ymmärtääksemme paremmin globaalihallinnan käsitettä, tulee ensin määritellä, mitä sanalla hallinta tarkoitetaan. Osa tutkijoista ymmärtää hallinnan ja hallituksen käsitteet synonyymeina toisilleen (Weiss 2000, 795). James Rosenau, yksi tunnetuimmista globaalihallinnan tutkijoista, näkee niiden välillä kuitenkin selvän eron. Rosenau (1992) mukaan hallituksen käsitteellä (*government*) tarkoitetaan toimintaa, jonka takana on muodollinen auktoriteetti. Hallinta (*governance*) sen sijaan viittaa toimintaan, jonka taustalla ovat yhteisesti jaetut tavoitteet, joihin saattaa liittyä muodollisesti säädettyjä velvollisuuksia (Rosenau 1992, 4).

Hallituksen käsite on merkityksellinen lähinnä kansallisvaltioissa, joissa hallitus on valtion ylin auktoriteetin lähde ja vallan käyttäjä. Sen sijaan kansainvälinen yhteisö perustuu anarkiaan, jossa tällaista valtioiden toimintaa valvovaa auktoriteettia ei ole. Tästä syystä hallinta kansainvälisessä yhteisössä on perustavanlaatuisesti erilaista verrattuna hallintaan valtion sisällä. Maailman yhteisen hallituksen puute johtaa siihen, että hallinnan perustana ovat yhteiset normit ja säännöt, joista kumpuaa myös kansainvälisen yhteisön järjestys (kts. esim. Bull 1977). Valtioiden välisen yhteistyön taustalla onkin aina jonkinlaiset yhteiset normit, tavoitteet ja intressit, sillä yhteistyöllään valtiot pyrkivät usein saavuttamaan normatiivisesti latautuneita poliittisia tavoitteita (Zürn 2012, 731).

Hallinnan käsitteellä voidaan siis kuvata hallitusta paremmin valtioiden välistä toimintaa, vaikka hallintaa tapahtuu toki myös valtioiden sisällä. Silloin se viittaa laaja-alaisempiin politiikkaprosesseihin, jossa otetaan huomioon useat eri toimijat. Hallinta on siis hallitusta laajempi ilmiö, joka on aktiivista toimintaa. Finkelsteinin (1995) mukaan hallinnan käsitettä tarvitaan ymmärtääksemme sellaista hallitusten tapoja muistuttavaa toimintaa, jota tapahtuu valtioiden välisissä suhteissa.

Hallinnan käsitteen määrittelystä päästään globaalihallinnan käsitteen ytimeen. Rosenau (1992) määritelmän mukaan globaalihallinnalla tarkoitetaan ”kaikilla ihmisen toiminnan tasoilla – perheestä kansainvälisiin organisaatioihin – olevia sääntöjen järjestelmiä, joissa kontrollin keinoin tapahtuvalla yhteisiin tavoitteisiin pyrkimisellä on valtioiden välisiin suhteisiin vaikuttavia seurauksia”. Täten globaalihallinnalla tarkoitetaan tarkoituksenomaista toimintaa, jossa toimijat pyrkivät rajoittamaan toistensa toimintaa (Finkelstein 1995, 368). Finkelstein pyrkii yksinkertaistamaan globaalihallinnan määritelmää esittämällä, että globaalihallinta tarkoittaa jopa samaa asiaa, kuin mitä hallitukset tekevät valtioiden sisällä. Tästä määritelmästä kuitenkin puuttuu, kuten Weiss (2000, 809) huomauttaa, globaalihallinnan toimijoiden

tunnistaminen. Tähän Weiss viittaa myös väittämällä, että vaikka kansallisvaltioiden suvereniteetti ja vaikutusvalta kansainvälisissä suhteissa on vähentynyt, se ei ole siirtynyt suoraan kansainvälisille organisaatioille, kuten YK:lle. Sen sijaan valta on hajautunut lukemattomalle määrälle valtiollisia ja ei-valtiollisia toimijoita, yksityisiä yrityksiä sekä kansallisyhteisöjä.

Koska hallinta perustuu yhteisesti jaetuille arvoille ja normeille, se vaatii toimijoilta ainakin jonkinlaista konsensusta toimiakseen (Rosenau 1992, 4). Useilla politiikan aloilla toimintaa säätelevät kuitenkin useat erilaiset kansainväliset instituutiot ja sopimukset. Raustialan ja Victorin (2004) mukaan tällaiset regiimikokonaisuudet (*regime complex*) ovat täynnä lainsäädäntöön liittyviä epäjohdonmukaisuuksia, sillä yhteen regiimiin⁴ liittyviä sääntöjä koordinoidaan harvoin yhdessä toisten regiimien päällekkäisten sääntöjen kanssa. Usein poliittiset päättäjät pyrkivät kiertämään näitä epäjohdonmukaisuuksia hyväksymällä laajasti määriteltyjä säädöksiä, jotka sallivat useita eri tulkintoja. Bierman et al. (2009) kutsuvat hajanaisuuden ilmiötä globaalihallinnan rakenteen fragmentoitumiseksi eli pirstaloitumiseksi. On tavallista, että yhden dominoivan organisaation tai regiimin sijaan tietyllä politiikan alalla toimii useita luonteiltaan erilaisia instituutioita. Tämä on luonnollista monilla kansainvälisen politiikan aloilla, joissa ongelmat ovat monisyisiä, ja ainoastaan yksi toimija harvoin pystyy tarjoamaan toimivia ratkaisuita.

Kaikki globaalihallinnan rakenteet ovat fragmentoituneita ainakin jollain asteella (Biermann et al. 2009). Fidlerin (2010, 9) mukaan kuitenkin juuri globaalien terveyden hallinta saattaa olla yksi monimutkaisimmista regiimikokonaisuuksista. Globaalien terveyden hallinnan regiimikokonaisuus on täynnä sekä päällekkäisiä että ristiriitaisia intressejä omaavia toimijoita, joilla on kaikilla pitkälle erikoistuneet osaamisalueet ja toimintatavat. Vaikka erikoistuneita toimijoita on syntynyt nimenomaan tarkoituksena vähentää päällekkäisyyksiä, monien

⁴ Regiimitutkimus ja globaalihallinnan tutkimus sivuavat toisiaan monilta osin. Hallinnan tavoin myös regiimit ovat yhteisesti sovittuja järjestelyitä, joiden avulla ylläpidetään ja säännellään valtioiden rajat ylittävää toimintaa (Rosenau 1992, 8). Yleisimmin käytetyn ja melko yleisesti hyväksytyyn määritelmän regiimille on antanut Stephen D. Krasner (1982), jonka mukaan regiimit ovat suoraa tai epäsuoraa periaatteita, normeja, sääntöjä tai päätöksentekoprosesseja, joissa toimijoiden oletukset asiasta ovat yhtäläiset. Periaatteilla tarkoitetaan uskomuksia tosiasioista, syy-seuraussuhteista sekä oikeudenmukaisuudesta. Normit ovat oikeuksien ja velvollisuuksien suhteen määriteltyjä käyttäytymistä ohjaavia arvoja ja säännöt toimintaa rajoittavia määräyksiä ja rajoituksia. Päätöksentekomenettelyillä sen sijaan tarkoitetaan yhteiseen päätöksentekoon vaadittavia vallitsevia käytäntöjä.

tutkijoiden mukaan laajat, päällekkäisiä mandaatteja sisältävät regiimikokonaisuudet nimenomaan aiheuttavat tehottomuutta (Leon 2015, 2).

Gloaalihallinnan ongelma on sen käsitteellinen laajuus ja toisaalta tyhjiys. Tutkijoilla on myös eriäviä näkemyksiä siitä, miten globaalihallinnan käsitettä tulisi käyttää. Dingwerth ja Pattberg (2006, 189) jakavat globaalihallinnan käsitteen käytön kahteen luokkaan: analyttiseen ja normatiiviseen. Globaalihallinta analyttisenä käsitteenä pyrkii kuvaamaan nykyisen maailmanpolitiikan todellisuutta, jolloin globaalihallinta on tutkittava ilmiö. Tämän lisäksi käsitettä voidaan käyttää myös kuvaamaan tiettyjä poliittisia ohjelmia, joko normatiivisesta näkökulmasta kuvaten, kuinka poliittisten instituutioiden tulisi reagoida kansallisvaltioiden vähentyneeseen vallankäyttöön, tai kriittisestä näkökulmasta esittäen globaalihallinta hegemonisena diskurssina. Rosenaun klassinen kuvaus globaalihallinnasta kuvaa parhaiten globaalihallinnan analyttistä käyttöä. Globaalihallinnan käsitteen kriittiseen ja normatiiviseen käyttöön perehdytään tarkemmin seuraavassa alaluvussa.

Finkelsteinin (1995, 368) mukaan globaalihallinnan käsite on niin laaja, että sillä voidaan tarkoittaa oikeastaan ”mitä tahansa”. Finkelsteinin mukaan globaalihallinnan käsite on käytössä, sillä emme tiedä, mitä oikeastaan on meneillään. Kylmän sodan jälkeistä aikaa on pyritty määrittelemään monilla eri tavoilla globalisaation tai globaalihallinnan ajan ollen yksi vaihtoehdoista. Dingwerth ja Pattberg (2006, 187) kritisoivat yhtä lailla globaalihallinnan käsitteen huolimatonta käyttöä. Heidän mukaansa käsitteen laaja käyttö on johtanut globaalihallinnan akateemisen diskurssin hajanaisuuteen ja tutkimustulosten käytön rajoittuneisuuteen. Lisäksi jo tutkijakentän erimielisyydet globaalihallinnan sisältämistä globaalien ja hallinnan käsitteistä johtavat siihen, että globaalihallinnan määrittely ja käyttö voivat olla sekaannusta aiheuttavia. Tässä tutkielmassa globaalihallinnan käsitteeseen otetaan Dingwerthin ja Pattbergin (2006) jaottelun mukainen jälkimmäinen normatiivinen ote. Globaalihallinta nähdään aktiivisena toimintana, ja käsitteen kautta tarkastellaan, kuinka hallintaa voisi parantaa ja miten hallinta parhaiten toimii demokraattisen ja legitiimin kansainvälisen yhteisön hyväksi.

3.2. Globaalihallinnan epäsymmetrisyys ja diskursiivinen rakentuminen

On kiistämätöntä, että globalisaatio, talouden kasvu ja teknologinen kehitys ei ole hyödyttänyt maailman kansalaisia tasapuolisesti. Roberts (2009) mukaan globaalihallinnan käsitteen tavanomainen käyttö jättääkin huomiotta ne valtasuhteet, joita globaalihallintaan sisältyy. Globaalihallinnan käsite onkin luonnollisesti saanut osakseen myös kritiikkiä, ja käsitteen perinteinen määrittely on saanut rinnalleen haastavia määrittelyitä. Rosenau'n määritelmä globaalihallinnasta ei deskriptiivisyydessään ota kantaa siihen, millaista globaalihallinnan tulisi olla, tai miten globaalihallinnan kautta toimijat voivat muuttaa rakenteita. Pohdittaessa globaalihallinnan käsitettä ainoastaan deskriptiivisestä näkökulmasta jää sen merkitys helposti epäselväksi ja merkityksettömäksi. Vallan epäsymmetrisyyden ymmärtäminen globaalihallinnassa mahdollistaa ilmiön tutkimisen myös käytännön politiikan tasolla.

Kriitikoiden mukaan neoliberaaliin globalisaatioon pohjautuva hallinta ei ole luonteeltaan legitiimiä ja demokraattista, sillä se hyödyttää vain pientä osaa maailman kansalaisista. He liittävät globaalihallinnan käsitteen neoliberalin markkinatalouden ja kapitalismin kritiikkiin. Liebermanin (2009, 65) määritelmän mukaan globaalihallinta on vallan tai auktoriteetin käyttöä tai suostuttelua liittyen sellaiseen lainsäädäntöön, joka ulottuu ainakin kahden eri valtion alueelle. Auktoriteetin lähde voi vaihdella tilanteista riippuen yksittäisistä valtioista kansainvälisiin organisaatioihin tai muihin epäjärjestäytyneempiin ei-valtiollisiin toimijoihin. Globaalihallinta ei Liebermanin mukaan kuitenkaan uhkaa kansallisvaltioiden oikeutta suvereniteettiin tai vallankäytön monopoliin, vaan siihen liittyy aina ainakin vähintään kansallisvaltioiden hiljainen myöntymisen (Lieberman 2009, 66).

Lieberman luonnehtii globaalihallintaa epäsymmetriseksi tarkoittaen sitä, että rikkailla mailla on yhteisessä päätöksenteossa suhteettoman paljon valtaa (Lieberman 2009, 66). Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että etuoikeutetut valtiot määrittelevät pitkälti yhteisen politiikan säännöt ja tavoitteet. Rahoitus on tästä hyvä esimerkki. Globaalin terveyden sektorilla rahoitus on erittäin keskitettyä. Vuonna 2016 Yhdysvaltojen antaman rahoituksen osuus globaalin terveyden kokonaisrahoituksesta oli 34 prosenttia, ja Yhdysvaltojen rahoitus yhdessä Iso-Britannian, Ranskan ja Saksan kanssa on yli puolet kokonaisrahoituksesta (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017). Luonnollisesti tällaisella resurssien keskittymisellä on seurauksia

vallankäytön jakautumiseen. Liebermanin (2009, 66) mukaan globaalihallinnan luonnehtiminen epäsymmetriseksi onkin tarpeellista, jotta huomioitaisiin myös usein globalisaatioon yhdistetyn keskinäisriippuvuuden todellinen epäoikeudenmukaisuus vallan jakautumisessa.

Tämän tutkielman metodologinen lähestymistapa on diskurssianalyysi. Diskurssianalyysi on laaja työkalu, jonka on mahdollista taipua sekä teoreettiseksi että menetelmälliseksi lähtökohdaksi tutkimukselle. Diskurssianalyysi pohjautuu sosiaaliseen konstruktivismiin hyläten perinteisen positivistisen ja behavioristisen tieteen tekemisen perinteen. Tämä merkitsee sitä, että kielen nähdään rakentavan sosiaalista todellisuutta. Diskurssin käsite on kiistanalainen, ja eri tieteenaloissa se ymmärretään eri tavoin. Kielitieteissä diskurssilla tarkoitetaan yleisesti joko puhuttua tai kirjoitettua kieltä. Näin määriteltynä diskurssin käsitteellä halutaan korostaa puhujan ja vastaanottajan vuorovaikutusta, puheen ja tekstin tulkinnan prosessinomaisuutta sekä kielenkäytön kontekstuaalista riippuvaisuutta (Fairclough 1992, 3). Sosiaalitieteiden kautta ymmärrettynä diskurssin käsitteen voidaan nähdä viittaavan laajemmin tiedon ja sosiaalisten käytäntöjen rakentumiseen (*ibid.*). Siten diskurssit eivät ainoastaan kuvasta tai esitä sosiaalisia toimijoita ja niiden suhteita, vaan pikemminkin rakentavat niitä ja positioivat toimijoita eri tavoin sosiaalisina subjekteina.

Diskurssianalyysin konstruktivistisen näkemyksen mukaan kaikki olemassa olevat asiat saavat merkityksensä diskurssien kautta. Diskurssianalyysin mukaan kaikilla teoilla ja tekojen kohteilla on merkitys, joka muodostuu historiaan liittyvien sopimusten kautta. Sosiaalista konstruktivismia ja diskurssianalyysia kritisoidaan usein siitä, että jos kaikki sosiaaliset identiteetit nähdään muuttuvina ja riippuvaisina toisistaan, seuraa sääntelemätön kaaos. Sosiaaliset konstruktivistit itse kuitenkin näkevät sosiaalisen kentän reguloituna ja järjestelmällisenä (Jørgensen & Phillips 2011, 6). Asiat saavat merkityksensä aina tiettyyn ajalliseen tai paikalliseen kontekstiin sidottuna.

Menetelmällisenä välineenä diskurssianalyysillä tarkoitetaan ”sellaista kielen käytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimista, jossa analysoidaan yksityiskohtaisesti sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä” (Jokinen et al. 1993, 9–10). Diskurssianalyysi on monipuolinen menetelmällinen keino, ja sen toteuttamiseen ei ole yhtä oikeaa tapaa. Analyyseja on todennäköisestä yhtä monenlaisia kuin tulkitsijoita, eikä niistä yksikään anna yhtään sen ”todellisempaa” kuvaa ilmiöstä kuin toinen. Diskurssianalyysissa onkin olennaista se, että kieltä tutkitaan sellaisenaan, eikä pyritä löytämään mitään ”oikeaa”

todellisuutta aineiston takaa (Jokinen et al. 1999, 38). Tämä lähtökohta antaa tutkijalle paljon vapauksia, mutta kaikessa laajuudessaan luo myös haasteita. Se myös vaatii myös tutkijaa tunnustamaan aktiivisen roolinsa yhtenä merkitysten luoja.

Gloaalihallintaa on hedelmällistä pohtia diskurssianalyysin kautta aktiivisena toimintana. Kun globaalihallintaan suhtaudutaan diskursiivisena konstruktiona, se näyttäytyy YK:n ja muiden kansainvälisten organisaatioiden, kuten Maailmanpankin ja WTO:n sekä länsimaiden luomana kertomuksena oikeanlaisista hallinnan keinoista. Multilateralismin eli monenvälisyyden aikakaudella erilaiset globaalit komissiot ja maiden muodostamat yhteisöt, kuten G8 ja G20, on nähty tehokkaimpina keinoina käsitellä globaaleja ongelmia. Kosmopolitanismin ja neoliberaalin institutionalismin ajatukset yhteistyön, instituutioiden ja kansainvälisten organisaatioiden välttämättömyydestä valtioiden välisten suhteiden hoitamisessa ovat saavuttaneet valtavirtaisen aseman (Mittelman 2010, 167).

Diskurssianalyysissa tutkitaan tapoja, joilla sosiaaliset käytännöt artikuloivat ja kyseenalaistavat todellisuutta rakentavia diskursseja (Howarth & Stavrakakis 2000, 3). Koska merkityssysteemit eivät koskaan ole lopullisia, ovat jatkuvat artikulaatiokäytännöt mahdollisia. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että diskurssianalyysi kieltäisi maailman tai todellisuuden olemassaoloa. Diskurssianalyysi pohjautuukin nimenomaan realistiseen ontologiaan. Vaikka sosiaaliset toimijat muotoutuvat diskursiivisissa käytännöissä, ne sijaitsevat materiaalisessa todellisuudessa ja saavat merkityksensä suhteessa olemassa olevaan todellisuuteen (Fairclough 1992, 60). Laclau ja Mouffén (1985, 108) mukaan esimerkiksi maanjäristys on tapahtuma, jonka tapahtumista ei voida kiistää, mutta on diskursiivisesta kentästä riippuvaista, esitetäänkö maanjäristys luonnonilmiönä vai jumalan antamana rangaistuksena. Diskurssianalyysissa ei siis kielletä sitä, että asiat tapahtuvat meistä riippumatta, vaan esitetään, että kaikki asiat ja tapahtumat saavat merkityksensä diskurssien kautta.

Gloaalihallinnan kriittisten tutkijoiden mukaan poliittisesti latautuneen globaalihallinnan käsitteen kautta voidaan tutkia valtaa toimijoiden välisissä suhteissa ja sitä kuka päättää, kenen puolesta ja kenen jäädessä ulkopuolelle, sekä minkälaisia diskursseja näistä toimijoista rakentuu (Dingwerth & Pattberg 2006; Mittelman 2010, 167). Vallan teoretisointi liittyykin kiinteästi diskurssianalyysiin. Tämän tutkielman teoreettismetodologinen lähtökohta pohjautuu Norman Fairclough'n ja Michel Foucault'n teoretisointeihin diskursseista ja vallasta. Foucault ja Fairclough ovat diskurssianalyysin oppi-isiä, joiden ajatukset ovat vaikuttaneet

diskurssianalyttisen perinteen muodostumiseen merkittävästi. Fairclough yhdistää analyysissään kielitieteellisen näkemyksen diskurssista kirjoitettua tai puhuttua kieltä laajempina yksikköinä sekä Foucault'n näkemyksen diskursseista sosiaalisia entiteettejä ja suhteina konstruoivina tekoina (Fairclough 1992, 3). Foucault'n käsitys vallasta konstruoivana ja kaikkialle ulottuvana entiteettinä on inspiroinut monia yhteiskuntatieteilijöitä sekä diskurssiteoreetikkoja, ja se toimii pohjana myös Fairclough'n analyysille.

Foucault'n teoretisoinnit vallasta ovat usein läsnä diskurssianalyysissa, sillä diskurssien tutkimiseen liittyy keskeisesti hegemonisten diskurssien ja vallankäytön menetelmien tutkiminen. Hegemonisella diskurssilla tarkoitetaan useasti toistuvia tai itsestään selviä ja vaihtoehdottomia esiintyviä diskursseja (Jokinen et al. 1993, 81). Hegemoniset diskurssit näyttävät politiikkaa tutkittaessa toimijoiden välisinä kamppailuina saada vakiinnutettua omia tulkintojaan asioiden merkityksistä. Hegemonisten diskurssien vakiintumisella voidaan usein nähdä olevan ideologisia seurauksia (Jokinen et al. 1993, 96). Kaikki hegemonisista diskursseista johtuvat ideologiset seuraukset eivät kuitenkaan välttämättä ole negatiivisia, ja yksittäisillä diskursseilla voi olla myös ristiriitaisia seurauksia. Diskurssianalyysin avulla ei kuitenkaan ole mahdollista saada tietoon toimijoiden intentioita ja strategioita diskurssien taustalla, koska diskurssianalyysin keinoin on mahdotonta tutkia aineiston takaa löytyvää ”todellisuutta”. Poliittisia ilmiöitä ja prosesseja tutkittaessa on kuitenkin kiintoisaa pyrkiä selvittämään näitä ideologioita ja tarkoituksia.

Globalisaation kritiikki on ollut voimakasta erityisesti kehittyvien maiden kesken. Vallan siirtymisen ei-valtiollisille toimijoille, kuten monikansallisille yrityksille, on nähty palvelevan pitkälti rikkaiden maiden etuja. Valtioiden keskeisen roolin tukemisen on nähty parantavan erityisesti kehittyvien maiden asemaa. Globaalihallinnan kritikoista erityisesti Ulrich Brand on ottanut tutkimukseensa Foucault'n näkökulman diskursseista ja vallankäytöstä. Hänen mukaansa globaalihallinta on teollisuusvaltioiden ylläpitämä hegemoninen diskurssi ja uusliberaalin kapitalismin, tai kuten Brand (2005) sitä kutsuu, postfordistisen politiikan väline. Brandin mukaan globaalihallinta on saanut valtavirtaisen aseman tutkijoiden sekä poliitikkojen keskuudessa. Globaalihallinnan ymmärtäminen hegemonisena diskurssina auttaa ymmärtämään sitä, kuinka vaihtoehdottomana ja itseisarvoisena hallinnan tapana globaalihallinta nähdään.

Brandin (2005, 160) mukaan globaalihallinnan hegemonisen diskurssin perustana on ajatus globalisaatiosta, joka on luonteeltaan positiivinen, hyvinvointia lisäävä ja väistämätön ilmiö,

mutta joka aiheuttaa kuitenkin myös taloudellista ja poliittista epävakautta sekä kriisejä. Koska globalisaation hyödyt ovat suuremmat kuin haitat, näiden kriisien vaikutuksia tulee minimoida globaalihallinnan keinoin. Brandin mukaan on ristiriitaista, että globaalihallinta ymmärretään sekä poliittisena prosessina, joka vie kansainvälistä järjestystä haluttuun suuntaan, että keinona, jolla globalisaation haittapuolia käsitellään. Globaalihallinnan diskurssi rakentuu Brandin (2005, 160–161) mukaan tavasta puhua globalisaation aiheuttamista ongelmista koko maailmaa sekä kaikkia kansoja ja ihmisiä kohtaavina ongelmina, mistä syystä kaikkien tulisi olla kiinnostuneita myös ongelmien ratkaisusta. Lisäksi ongelmien ratkaisun tulisi tapahtua yhteistyössä asiantuntijoiden saattelemana. Kansallisvaltiot eivät näitä ongelmia pysty ratkaisemaan omissa kansallisissa instituutioissaan, koska globalisaation takia kansallisvaltiot eivät enää pysty ratkaisemaan yksin rajat ylittäviä ongelmia. Diskurssille on Brandin mukaan ominaista myös eivaltiollisten toimijoiden, kuten järjestöjen ja yritysten, roolin painottaminen. Brandin (2005, 171) mukaan globaalihallinnan diskurssista on tullut hegemoninen ja suosittu, koska se hyväksyy neoliberaalin kapitalistisen järjestelmän ja sen aiheuttamat haitat tarjoamatta vaihtoehtoista mallia.

3.3. Monitasohallinta globaalihallinnan keinona

Monitasohallinnan teorian synnyn taustalla on Euroopan unionin ja erityisesti unionin integraation tutkimus. Euroopan unioni on ainutlaatuinen malli jaetusta suvereniteetista ja siitä, kuinka toimivalta on jakautunut useille eri tasoille paikalliselta kansalliselle ja kansainväliselle. EU:n poliittista toimijuutta on mahdotonta määritellä perinteisen valtioiden välisen politiikan tai kansainvälisten organisaatioiden kautta, sillä sen moninainen toimijuus ei kuvasta kumpaakaan näistä (Bache & Flinders 2004, 1). Suuri osa monitasohallintaa koskevasta teoriakirjallisuudesta käsittelee juuri Euroopan integraatiota, mutta teoriaa voi soveltaa myös muille aloille. Monitasohallinta kuvaa muuttuvia ja epävarmoja hallinnan malleja, joissa EU on vain yksi toimija muiden joukossa (Bache & Flinders, 2).

Vuonna 1993 Gary Marks määritteli monitasohallinnan tarkoittavan eri toimijoiden välistä jatkuvaa neuvotteluiden järjestelmää useilla alueellisilla tasoilla (Marks, 1993). Monitasohallinta sisältää sekä vertikaalisen että horisontaalisen aspektin. Monitasoisuudella Marks tarkoittaa lisääntyneitä keskinäisriippuvuutta eri toimijoiden tasoilla, kun taas hallinta viittaa kasvaneeseen

keskinäisriippuvuuteen valtioiden ja ei-valtiollisten toimijoiden välillä (Bache & Flinders 2004, 3). Kansainvälisen politiikan teoriakentällä monitasohallinta juontaa juurensa neofunktionalismiin. Neofunktionalismi on Euroopan integraatiota selittämään pyrkivä teoria, joka painottaa valtioiden keskinäisriippuvuutta ja näkee valtioiden rajat ylittävät organisaatiot keinona tasapainoilla keskinäisriippuvaisessa maailmassa. Valtioiden keskeistä roolia painottavan realismin pohjalle syntyi hallitustenvälisyyden teoria (*intergovernmentalism*), joka kiisteli neofunktionalismin kanssa valtioiden roolista kansainvälisessä järjestelmässä. Marksinkin kritiikin mukaan neofunktionalistit ja hallitustenvälisyyden teorian kannattajat keskittyivät debattissaan vain kahteen päätöksenteon tasoon – kansalliseen ja valtioiden rajat ylittävään – ja tältä pohjalta hän esitteli monitasohallinnan käsitteen (Marks 1993, 392). Monitasohallinta kiinnittää huomiota alueelliseen tasoon merkittävänä poliittisten päätösten tasona kansallisen ja valtioiden rajat ylittävän lisäksi. Vaikka monitasohallinnassa onkin yhteneväisyyksiä neofunktionalismin kanssa, monitasohallinta ei ole integraatioteoria. Monitasohallinta syntyi uudenlaisen teoretisoinnin pohjalta selittämään EU:ta poliittisena järjestelmänä eikä ainoastaan integraation kautta (Bache & Flinders 2004, 2).

Keskinäisriippuvuuden aikakaudella valtiot etsivät uusia keinoja edistää sekä sisäisiä että ulkoisia monitasoisia hallinnan keinoja alueellisen yhteistyön lisäämiseksi. Kansallisvaltiot ovat sulautuneet uudenlaiseen monitasoiseen hallinnan viitekehykseen, jossa julkiset ja yksityiset toimijat kilpailevat alueellisesta vallasta järjestyksessä, jossa alueelliset prosessit ovat tulleet erityisen tärkeiksi (Prado 2007, 4). Monitasohallinnan keskeisenä ajatuksena on se, että toimijat eri hallinnan tasoilla toimivat yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Monitasohallinnan periaatteen mukaisesti kansallisvaltiot luovuttavat toimivaltaansa muille toimijoille taustalla ajatus siitä, että hallinnasta saataisiin tehokkaampaa ja toimivampaa.

Monitasohallinta ja globaalihallinta kuulostavat peruseriaateiltaan melko samankaltaisilta, mutta ne eivät kuitenkaan ole synonyymejä. Jotta voidaan puhua globaalista monitasohallinnasta, tulee hallinnan täyttää tiettyjä kriteereitä (Zürn 2012, 731). Ensinnäkin, hallinta globaalilla tasolla ei voi olla ainoastaan hallitustenvälistä yhteistyötä, vaan sillä tulee olla omaa päätäntävaltaa, joka jakautuu myös valtioiden ulkopuolelle. Toiseksi, järjestelmän tulee olla vuorovaikutteinen eri tasojen välillä. Nykyinen kansainvälinen järjestelmä ei perustu enää ainoastaan konsensusjärjestelmään, vaan kansainvälisten organisaatioiden joidenkin toimenpiteiden myötä valtiot joutuvat hyväksymään sellaisia normeja ja toimia, joihin ne eivät

välttämättä ole suostuneet. Poliittinen määräysvalta on siis siirtynyt osittain valtioiden ulottumattomiin (Zürn 2012, 732).

Monitasohallinnan kaksi eri tyyppiä

Hooghen ja Marksien mukaan on yleisesti hyväksytty väittämä, että monitasoinen hallinta on parempi hallinnan muoto kuin täysin keskitetty hallinta (Hooghe & Marks 2003, 235–236). Hallinnan jakautuminen useille hallintoalueille on sekä tehokkaampaa että moraalisesti oikeutetumpaa. Tutkijoilla on kuitenkin eriäviä näkemyksiä siitä, kuinka monitasohallinta tulisi järjestää. Hooghe ja Marks (2003, 2004) jakavat monitasohallinnan kahteen eri tyyppiin.

Monitasohallinnan ensimmäiseen tyyppiin kiteytyy useiden Eurooppa-tutkijoiden näkemys EU:n hallinnosta (Hooghe & Marks 2004, 19). Vaikka unionin pääyksiköitä ovat kansallisvaltiot, valta on siirtynyt niiltä sekä ylemmille että alemmille hallinnan tasoille. Monitasohallinnan ensimmäinen tyyppi perustuu federalismiin, sillä siinä olennaista on toimijoiden rajattu määrä ja niiden hierarkkinen suhde toisiinsa. Hallinnan muoto on sisäkkäinen, ja toimivalta jakautuu eri alueellisille tasoille. Toimivaltojen tasot ovat kansainvälinen, kansallinen, alueellinen, mesotaso (esimerkiksi yhteisöt ja klaanit) sekä paikallinen taso. Päätäntävalta on hajautettu tasojen välillä, mutta rajat toimijoiden välillä ovat selkeät. Toimivallat eri tasoilla eivät risteä keskenään, vaan kaikilla toimijoilla on omat selkeästi määritetyt tehtävänsä, ja yhdellä tietyllä alueella toimii vain yksi lainkäyttövallan käyttäjä.

Ensimmäisen tyyppin monitasohallinnassa analyysin tasona ei ole mikään yksittäinen politiikka. Sen sijaan toiminnat eri tasoilla liittyvät *yleisiin tavoitteisiin*⁵, ja toimijoilla on useita erilaisia vastuualueita. Esimerkiksi Euroopan unionissa valtiotasolla toimivilla hallituksilla on useita eri tehtäviä hoidettavanaan. Ensimmäisen tyyppin mukaiset hallintamallit ovat usein luonteeltaan pysyviä, ja niiden muuttaminen on epätavanomaista ja kallista (Hooghe & Marks 2003, 237).

Toisen hallintatyyppin mukaisesti päätösvalta jakautuu monille eri toimijoille ei-hierarkkisesti lukemattomilla alueellisilla tasoilla (Hooghe & Marks 2004, 20). Toisin kuin ensimmäisessä tyyppissä, hallintoalueet ja toimivallat ovat joustavia ja ei-hierarkkisia. Toimivalta jakautuu

⁵ Hooghe ja Marks (2003, 2004) kutsuvat ensimmäisen tyyppin monitasohallintaa nimellä *general-purpose jurisdictions*.

alueiden sijaan *tehtävittäin*⁶, ja hallintoalueet ja toimivallat ovat keskenään läpileikkaavia. Toisin kuin ensimmäisen tyypin monitasohallinnassa, jossa toimijoita on rajallinen määrä, toisen tyypin hallintamalleissa toimijoita voi olla lukematon määrä ja ne toimivat joustavasti yhdessä. Erilaiset julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuudet ovat esimerkiksi tyypillisiä toisen tyypin mallissa (Hooghe & Marks 2004, 24).

Toisen tyypin monitasohallinta jakautuu monille eri tasoille luontevasti, ja päätökset tehdään siellä, missä ne voidaan tehdä helpoimmin. Monitasohallinnan toista tyyppiä kutsutaan tästä syystä myös polysentriseksi. Polysentrisen eli moninapaisen hallinnan käsitettä on alun perin käytetty kuvaamaan Yhdysvaltojen hallintoa, joka on ollut Eurooppaan verrattuna paljon fragmentoituneempaa (Hooghe & Marks 2003, 238). Tällaisen fragmentoituneen rakenteen monet perinteisen monitasohallinnan mallin kannattajat kokevat kuitenkin huonona asiana. Polysentrisen mallin kannattajien mukaan ei ole kuitenkaan mitään syytä jakaa hallintotasoja sisäkkäin (*ibid.*).

Monitasohallinnan ensimmäisen tyypin mukaista hallintaa esiintyy yleensä kansallisvaltioiden sisäisessä hallinnossa kansalliselle tasolle saakka (Hooghe & Marks 2004, 23). Toisen tyypin malli taas on tavallisempi kansainvälisissä hallintamuodoissa. Ad hoc –tyyppinen, ongelmalähtöinen hallinta on lisääntynyt kaikkialla maailmassa, ja tämä on lisännyt toisen tyypin hallinnan lisääntymistä erityisesti kansainvälisellä tasolla. Euroopan unioni muodostaa tästä poikkeuksen erikoislaatuisena kansainvälisenä toimijana. Suurinta osaa EU:n politiikasta hallitaan yhden toimivallan kautta, mutta EU:ssa on piirteitä myös toisen tyypin hallintamallista (*ibid.*). Eri hallintatyyppit eivät siis ole toisiaan poissulkevia.

Monitasohallinta on hallinnan teorioiden keskuudessa globaalihallinnan ohella hegemonisessa asemassa. Hooghen ja Marks (2003) mukaan tutkijat ovat yksimielisiä siitä, että hallinnan hajauttaminen useille eri toimijoille toimii keskitettyä hallintoa paremmin. Hallinnon jakautuminen eri tasoille nähdään lähes vaihtoehdottomana tapana järjestää sekä kansallinen että kansainvälinen hallinto. Globaalihallinnan tavoin myös monitasohallinta voidaan nähdä vaihtoehdottomana hegemonisena hallinnan diskurssina. Tässä tutkielmassa globaalien terveyden hallinnan pohtiminen globaalihallinnan käsitteen lisäksi myös monitasohallinnan teoretisoinnin

⁶ Hooghe ja Marks (2003, 2004) kutsuvat toisen tyypin monitasohallintaa nimellä *task-specific jurisdictions*.

kautta avaa mahdollisuuden tutkia, miten EU ja BRICS-maat suhtautuvat hallinnan järjestämiseen eri tasoilla. Tutkimuksessa selvitetään, minkälaiset hallinnan mallit toimijoiden mielestä ovat parhaita ja miten monitasohallinnan eri tyyppeihin suhtaudutaan.

3.4. Globaalin terveyden hallinta

Globalisaatio ja käänne kansainvälisestä terveydestä globaaliin terveyteen ovat johtaneet siihen, että myös terveyden hallinta ja sääntely globaalilla tasolla on muuttunut merkittävästi. Terveyden globaalihallinnalla tarkoitetaan valtioiden, valtioiden välisten organisaatioiden sekä ei-valtiollisten toimijoiden virallisia ja epävirallisia instituutioita, sääntöjä ja prosesseja, jotka liittyvät valtioiden rajat ylittävää toimintaa vaativiin terveyteen kytkeytyviin haasteisiin (Fidler 2010, 3). Globaalin terveyden hallinnan kentällä toimii lukematon määrä erilaisia valtiollisia ja ei-valtiollisia toimijoita. Vanhojen ja vakiintuneiden regiimien lisäksi globaalin terveyden kentällä toimii lukuisia erilaisia ohjelmia, rahoitusmekanismeja, kumppanuuksia, järjestöjä sekä yksityisiä yrityksiä (Fidler 2010, 1).

Modernin globaalin terveystajärjestelmän juuret ovat YK:n alaisuuteen vuonna 1948 perustetussa Maailman terveysjärjestö WHO:ssa. WHO on edelleen ainoa globaalilla terveyssektorilla toimiva organisaatio, jonka toiminta ja hallinto perustuvat kaikkien maailman suvereenien valtioiden jäsenyydelle. Tästä syystä järjestön rooli globaalin terveyden hallinnassa on johtava. WHO:n lähtökohta terveyteen on normatiivinen, sillä jo sen perustamiskirjassa terveyden käsitteen on määritely tarkoittavan kokonaisvaltaista fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia eikä ainoastaan sairauksien puuttumista (WHO 2014).

Kylmän sodan jälkeisellä ajalla globaalin terveyden hallinnan kehityksessä nähtiin vallankumouksellista aikaa, kun sektori siirtyi ”soft law” –sääntelyn alueelta keskeiseksi osaksi sekä ulko- ja turvallisuuspolitiikkaa että taloudellista ja sosiaalista hyvinvointia (Fidler 2010, 5). Globaalin terveyden politisoituminen johti merkittävään rahoituksen kasvuun, jonka myötä myös toimijoiden määrä on räjähtänyt. Huomattavaa on erityisesti yksityisten toimijoiden määrän ja rahoituksen kasvu. Debatti yksityisen sektorin roolista kehitysyhteistyössä ei ole uusi, vaikkakin kansainvälisen finanssikriisin aiheuttama leikkauspolitiikka on aiheuttanut myös globaalin terveyden rahoitukseen loven (Ruckert & Labonté 2014). Kuitenkin jo ennen kansainvälistä

finanssikriisiä yksityisen sektorin rooli oli selkeästi nähtävissä globaalien terveyden alalla. Kuitenkin melko lyhyen ajan sisällä, alkaen 1990-luvun puolivälistä, yksityinen sektori ja erityisesti erilaiset yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuudet ovat mullistaneet globaalien terveyden hallinnon (Williams & Rushton, 2011). Williams ja Rushton puhuvatkin 90-luvulla alkaneesta globaalien terveyden ”yksityisestä käänteestä”, kun esimerkiksi WHO ilmaisi selvästi yksityisen sektorin roolin tärkeyden globaalien terveyden haasteiden ratkaisemisessa. Williamsin ja Rushtonin (2011) mukaan tämä yksityisen sektorin toimijoiden voimakas kasvu on vaikuttanut keskeisesti siihen, että globaalien terveyden hallinnasta on tullut varteenotettava tutkimuksen ala. Innovatiivisempia ratkaisuja vastata suuriin kehitysyhteistyön rahoitusvajaisiin kansallisella ja kansainvälisellä tasolla on kehitetty kiihtyvässä tahdissa. Rahoituksen muutos on nähtävissä koko kehityssektorilla, jonka rahoittamiseen tarvitaan uusia keinoja post-2015 –ajalla.

Globaalilla terveyssektorilla suurimpia yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuuksia ovat Global Fund (The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria) ja GAVI Alliance (jatkossa Gavi). Ne ovat hyvin merkittäviä globaalien terveyden rahoitusvälineitä, sillä esimerkiksi vuonna 2014 Global Fundin kautta kanavoitiin 11 prosenttia globaalien terveyden kokonaisrahoituksesta (IHME 2014). Gavin osuus oli noin 5 prosenttia. Molempien organisaatioiden toimialat ovat hyvin spesifit: Global Fundin rahoituksesta noin puolet suunnattiin hiv/aidsiin ja loput malariaan ja tuberkuloosiin sekä terveyssektoreiden tukemiseen. Gavin rahoituksesta 92 prosenttia suunnattiin lasten terveydenhoidon tukemiseen, lähinnä rokotteisiin. Muita merkittäviä vastaavia organisaatioita ovat muun muassa amerikkalaiset PEPFAR (President’s Emergency Program for Aids Relief), UNITAID sekä Global Health Initiative. Kaiken kaikkiaan hyvin merkittävä osa viime vuosien lisääntyneestä globaalien terveyden rahoituksesta on tullut juuri tällaisista organisaatioista, joiden rahoitus on ajaltaan rajattua ja luonteeltaan korvamerkittyä. Hiv/aidsin, tuberkuloosin ja malariaan vastainen rahoitus muodosti vuonna 2014 yhteensä 41 prosenttia kaikesta globaalien terveyden rahoituksesta (IHME 2014). Global Fund on suurin toimija, joka kanavoi puolet malariaan suunnatusta globaalien terveyden rahoituksesta ja noin viidesosan kaikesta hiv/aidsin vastaisesta rahoituksesta.

Globalisaation aikainen globaalien terveyden hallinta kaikkine moninaisine toimijoineen ja ongelmineen on haastavaa, ja osa tutkijoista puhuukin jopa globaalien terveyden hallinnan kriisistä (Kickbusch 2006). The Lancetin ja Oslon yliopiston tutkijaryhmän raportissa (The Lancet–University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2014) esitetään viisi

globaalin terveyden hallintaan liittyvää keskeisintä ongelmaa. Ensinnäkin, globaalin terveyden hallintaa vaivaa demokratiavaje, sillä kaikkia toimijoita ei oteta lähtökohtaisesti mukaan avoimeen päätöksentekoon. Toisena ongelmana raportissa nähdään riittämättömät keinot rajoittaa vallankäyttöä sekä valvoa toimintaa ja sen läpinäkyvyyttä. Kolmantena ongelmana nähdään instituutioiden ja päätöksentekomenetelmien jähmeys ja hitaus mukautua muuttuviin tarpeisiin. Neljänneksi ongelmaksi nimetään riittämättömät keinot turvata terveys poliittisella kentällä terveyssektorin ulkopuolella, sillä terveys jää usein muiden politiikanalojen jalkoihin. Viimeisenä ongelmana tutkijat näkevät sellaisten instituutioiden puutteen, jotka turvaisivat ja edistäisivät terveyttä, kuten kansainväliset sopimukset, tuomioistuimet tai kevyemmät sääntelyn muodot kuten ohjeistukset ja normit.

Vaikka kansallisvaltioilla on viime kädessä oikeus ja velvollisuus turvata kansalaistensa hyvinvointi, on monia asioita, johon keskinäisriippuvaisessa ja globaalissa maailmanjärjestyksessä ei voi valtiotasolla vaikuttaa. Huomionarvoista onkin, että suurin osa edellä mainituista ongelmista ei ole ratkaistavissa valtiotasolla, mistä syystä globaalin terveyden ongelmiin on tutkijoiden mukaan puututtava globaalihallinnan keinoin. Globaalihallinta nähdään ainoana varteenotettavana keinona parantaa terveyden tilaa maailmassa. Tutkijoiden keskuudessa on kuitenkin eriäviä mielipiteitä siitä, kuinka terveyden globaalihallinta tulisi järjestää, tai mitä globaalin terveyden hallinta globaalilla tasolla edes tarkoittaa.

Suuri osa globaalin terveyden hallintaan liittyvistä tutkimuksista ottaa näkökulman, jossa tarkastellaan, kuinka globalisaatio vaikuttaa terveyden hallintaan (Lee & Kamradt-Scott, 2014). Siinä globaalin terveyden hallinta ymmärretään rakenteena, jonka peruspilari on WHO. Näkökulma on institutionaalinen ja sivuaa hallinnan määrittelyä Rosenaun (1992) määritelmän mukaisesti, tarkoittaen kaikkia niitä instituutioita, regiimeitä ja muita toimijoita, jotka toimivat globaalin terveyden sektorilla. Tämä analyttinen näkemys globaalin terveyden hallintaan on hegemonisen diskurssin asemassa. Hallinta voidaan kuitenkin ymmärtää laajemmin tarkastellen, kuinka terveyssektorin ulkopuolella tehdyt päätökset vaikuttavat globaaliin terveyteen (Lee & Kamradt-Scott, 2014). Näkökulma ottaa huomioon kaupan vapauttamisen ja esimerkiksi WTO:n ja Maailmanpankin toiminnan vaikutuksen terveyssektoriin. Globaalin terveyden hallinta näyttäytyy tällöin poliittisena prosessina. Se viittaa kaikkiin hallinnan alueisiin, jotka vaikuttavat globaaliin terveyteen ja näin ollen huomioi sen, että esimerkiksi kauppapoliittisilla päätöksillä ja muilla aloilla tehdyillä sopimuksilla voi olla merkittäviä vaikutuksia globaaliin terveyteen. Se

sisältää vahvan normatiivisen ajatuksen yhdenvertaista ja oikeudenmukaisesta globaalihallinnan järjestelmästä. Tässä kilpailevassa diskurssissa väitetään, että globaalien terveyden hallintaa voidaan parantaa ainoastaan ottamalla laajempi lähestymistapa hallintaan huomioimalla myös muut terveyteen vaikuttavat politiikanalat.

4. AINEISTON ANALYYSI

Tässä tutkielmassa selvitetään EU:n ja BRICS-maiden näkemyksiä globaalien terveyden hallintaan liittyvästä problematiikasta. Koska tämän tutkimuksen tarkoituksena on tulkita globaalihallinnan problematiikkaan liittyviä merkityksiä tekstiaineistoista, luonnollinen valinta metodologiselle lähtökohdalle on diskurssianalyysi. Lähdin keräämään aineistoa etsien EU:n ja BRICS-maiden tuottamia dokumentteja, joissa on mainintoja globaalista terveydestä. EU:n puolelta ne ovat lähinnä komission tuottamia strategiapapereita. BRICS-maiden osalta sen sijaan primääriaineisto koostuu maiden terveysministerien kokousten muistioista sekä maiden huippukokousten pöytäkirjoista.

Tutkimuksen kysymyksenasettelusta riippuen aineistoa on mahdollista lähteä tutkimaan diskurssianalyysin keinoin joko moninaisuus- tai vakiinnuttamisperspektiivistä (Jokinen et al. 1993, 77). Moninaisuusperspektiivin mukaisesti aineistosta pyritään tunnistamaan mahdollisimman runsas kirjo erilaisia diskursseja. Tällöin tutkimuskysymyksenä voisi toimia esimerkiksi ”minkälaisia diskursseja toistuu EU:n lausunnoissa globaalista terveydestä”. Sen sijaan vakiinnuttamisperspektiivin lähtökohdasta tutkimuksen näkökulma on suppeampi. Silloin ei pyritä tunnistamaan laajaa skaalaa diskursseja, vaan tutkijan mielenkiinto kohdistuu alusta alkaen vain tiettyihin näkökulmiin. Omassa tutkimuksessani näistä kahdesta vaihtoehdosta toteutuu vakiinnuttamisperspektiivi, sillä tavoitteenani ei ole tunnistaa aineistosta kaikkia toimijoiden käsityksiä globaalien terveyden hallinnasta. Tunnistan aineistosta toistuvia teemoja, jotka liittyvät globaalien terveyden hallinnan haasteisiin.

4.1. Aineiston esittely

EU:n osalta primääriaineisto sisältää mahdollisimman ajankohtaisia dokumentteja, josta käy ilmi EU:n strategia globaaliin terveyteen. Kaikkia EU:n toimielinten tuottamia terveyteen liittyviä dokumentteja ei ole siis sisällytetty aineistoon, sillä niistä suurin osa ei käsittele terveyden globaalia aspektia lainkaan, vaan keskittyy paikallisesti lähinnä EU:n sisäisiin terveyshaasteisiin. EU:n osalta primääriaineiston dokumentit ovat komission tiedonanto *The EU Role in Global Health* (COM(2010)128) sekä siihen liitetyt lisäpöytäkirjat *Global health – responding to the challenges of globalisation* (SEC(2010)380), *European research and knowledge for global health* (SEC(2010)381) ja *Contributing to universal coverage of health services through development policy* (SEC(2010)382). Lisäksi EU-primääriaineistoon kuuluu Euroopan unionin neuvoston tuottama dokumentti *Council conclusions on the EU role in Global Health* (2010), joka on tuotettu edellä mainitun komission tiedonannon pohjalta, komission tuottama taustapaperi lääkkeiden saatavuudesta nimeltään *Access to Medicines: EU global health actions for low- and middle-income countries* (2016), sekä komission tiedonanto *Trade, growth and intellectual property - Strategy for the protection and enforcement of intellectual property rights in third countries* (COM(2014)389)”.

Koska BRICS-maat ei ole organisaatio eikä kovin kiinteä valtioiden välinen ryhmittymä, ne eivät ole luoneet varsinaisia yhteisiä strategioita liittyen globaalin terveyden hallintaan. BRICS-maiden osalta aineisto koostuu maiden terveysministerien vuosittaisten kokousten tiedoksiannosta vuosilta 2011–2016. Lisäksi maiden terveysministerit tapaavat vuosittain WHO:n huippukokousten yhteydessä. Kokouksia on järjestetty vuodesta 2012 alkaen, ja näiden kokousten tiedonannot toimivat myös primääriaineistona. Lisäksi aineistona käytetään BRICS-maiden huippukokouksien deklaraatioita niiltä osin, kun niissä on mainintoja globaalista terveydestä.

4.2. Analyysin keskeisiä käsitteitä: artikulaatiokäytäntö ja solmukohta

Politiikkaa tutkittaessa diskurssiteoreetikot ottavat tutkimukseen hyvin erilaisen lähtökohdan kuin perinteisen rationaalisen politiikka-analyysin. Sen sijaan, että politiikan toimijoilla nähtäisiin olevan jotkin kiinteät roolit ja intressit, toimijat nähdään alituisen institutionaalisen ja

sosiaalisen muutoksen alaisina kohteina (Howarth & Stavrakakis 2000, 6). Poliittikkaprosesseissa diskurssit määrittävät toimijoiden asemaa ja ilmiöiden luonteita sekä hyväksyttäviä poliittisia tavoitteita ja niihin tarjottuja ratkaisuita (Mikola & Häikiö 2014, 61). Täten diskursseilla on valtaa muokata ja muuttaa sitä, kuinka poliittisia haasteita ymmärretään ja miten niihin vastataan.

Poliittisiin keskusteluihin liittyy yhteisten tulkintojen ja merkitysten luominen. Nämä merkitykset muodostuvat artikulaatiokäytäntöjen seurauksena. Mikola ja Häikiö (2014) nimittävät tätä Ernesto Laclau ja Chantal Mouffen (1985) ajatuksiin perustuvaa diskurssianalyysin perinnettä poststrukturalistiseksi diskurssianalyysiksi, johon myös oma analyysini pohjautuu. Poststrukturalistisessa diskurssianalyysissä huomio keskittyy keskustelun diskursiivisiin avauksiin, eli poliittikkaprosessissa syntyviin käsitteisiin ja ideoihin liittyviin määrittelykamppailuihin, joissa toimijat pyrkivät vakiinnuttamaan omia tulkintojaan (Mikola & Häikiö 2014, 57). Poliittikkaa tarkastellaan kamppailuna, jossa toimijat kilpailevat diskursiivisesta hegemoniasta, eli pyrkimyksestä vakiinnuttaa omat tulkintansa asioiden merkityksistä (Mikola & Häikiö 2014, 61).

Laclau ja Mouffen analyysi pohjautuu poststrukturalistiseen käsitykseen merkitysten alati muuttuvasta luonteesta. Sen mukaan diskurssit rakentavat sosiaalisen maailman merkityksiä, ja johtuen kielen epävakaa luonteesta, merkitykset eivät ole koskaan lopullisia (Jørgensen & Phillips 2011, 7). Käsitteiden sen hetkisille vakiintuneille määritelmille voi jatkuvasti syntyä haastavia määrittelynäkemyksiä artikulaatiokäytäntöjen kautta. Artikulaatio on keino, joka luo suhteen tiettyjen sosiaalisten elementtien välille niin, että niiden identiteetti muuttuu artikulaatiokäytännön seurauksena (Laclau & Mouffe 1985, 105). Diskurssiksi Laclau ja Mouffe nimittävät artikulaatiokäytännön seurauksena syntyvää kokonaisuutta. Artikulaatiokäytännöt liittävät asioita yhteen tai erottavat niitä toisistaan. Artikulaatiokäytäntöjen kautta asiat saavat uusia merkityksiä ja identiteettejä, kun ne liitetään uuteen kontekstiin. Tämä tarkoittaa sitä, että mikään diskursiivinen teko ei ole lopullinen, mutta asioille annettu uusi merkitys ei myöskään tarkoita sitä, että edellinen olisi ollut jotenkin väärä.

Mikola ja Häikiö (2014, 63) antavat esimerkiksi artikulaatiokäytännölle tavan esittää ydinvoima sekä kestäväksi että kestäättömäksi energiamuotona riippuen siitä, miten ymmärrämme käsitteen kestävyys. Jos kestävyys ymmärretään ainoastaan suhteessa fossiilisten polttoaineiden välttämiseen sekä hiilidioksidipäästöihin, ydinvoima näyttäytyy silloin kestäväksi

energiamuotona. Sen sijaan, jos ajatellaan ydinvoiman aiheuttamia ympäristöriskejä ja –haittoja ja verrataan niitä uusiutuviin energianlähteisiin, artikulaatiokäytännöllä merkityksellistetään ydinvoima kestävämmäksi energianlähteeksi. Yhtä lailla tutkittaessa globaalien terveyden hallintaan liittyviä ongelmia poststrukturalistisesta näkökulmasta keskittyy huomio siihen, minkälaisia kiistanalaisia merkityksiä toimijat antavat näille ongelmille.

Mutta jos artikulaatiokäytännöt muokkaavat asioiden merkityksiä jatkuvasti, miten minkään pysyvän identiteetin muodostuminen on mahdollista? Laclau ja Mouffin (1985, 112) mukaan on oltava joitakin osittain kiinnittyneitä määrittelyitä, sillä merkitysten muuntuminen edellyttää sitä, että käsitteellä on oltava jokin alkuperäinen merkitys. Tällaisia diskursiivisia kohtia he kutsuvat solmukohdiksi (*nodal points*). Solmukohta on diskurssin tiivistymä, jossa toimijat pyrkivät vakiinnuttamaan oman tulkintansa hallitsevaksi ja vakiintuneeksi (Mikola & Häikiö 2014, 64). Solmukohdille on ominaista toimijoiden keskenään vastakkaiset näkemykset.

Solmukohdille keskeistä on myös tyhjyys, mikä kuvastaa näkemystä merkitysten jatkuvasta muutoksesta sekä sitä mahdottomuutta, että sosiaalinen kenttä käsitteineen ja ideoineen olisi joskus valmis. Tästä syystä niitä merkitsijöitä, joiden ympärille diskurssi solmukohdassa rakentuu, Laclau ja Mouffe kutsuvat tyhjiksi merkitsijöiksi. Tyhjät merkitsijät ovat abstrakteja, monitulkintaisia ja yleisesti hyväksytyjä käsitteitä, kuten oikeudenmukaisuus, demokratia tai valtio (Mikola & Häikiö 2014, 64). Tällaisten tyhjien merkitsijöiden ympärille muodostuvissa solmukohdissa muilla merkitsijöillä pyritään vakiinnuttamaan ymmärrys tyhjän merkitsijän tulkinnasta. Tulkintojen rakentuminen suhteessa toisiinsa onkin solmukohdan syntymisen perusehto.

Kun etsin aineistosta toimijoiden näkemyksiä globaalien terveyden hallinnan keskeisimmistä haasteista, nousi sieltä kolme toistuvaa teemaa: oikeudenmukaisuus, johtajuus ja rakenteen kompleksisuus. Poststrukturalistisen diskurssianalyysin käsitteistön mukaan kutsun näitä diskurssien tiivistymiä solmukohdiksi, joiden ympärille keskustelu rakentuu. On edelleen huomioitava, että diskurssianalyysi ei ole tutkimusta voimakkaasti ohjaava menetelmällinen väline, vaan lähinnä löyhä tutkimuskehikko. Tästä syystä analyysin voi toteuttaa lukemattomilla eri tavoilla. Huomionarvoista on, että kaikki tunnistamani kolme diskurssia liittyvät keskeisesti toisiinsa, ja niitä on mahdotonta eriyttää toisistaan. Samoin globaalien terveyden hallintaan liittyvät haasteet ovat moninaisia ja kompleksisia. Esimerkiksi keskustelu globaalien terveyden legitiimeistä toimijoista voidaan yhdistää yhtä lailla kuuluvaksi kaikkiin kolmeen diskurssiin,

mutta analyysissäni olen yhdistänyt sen erityisesti johtajuuden solmukohtaan. Tutkijan valitsema näkökulma ja metodologiset keinot vaikuttavatkin keskeisesti siihen, minkälainen kuva tutkimuksen aiheesta muodostuu. Tekemäni analyysi on siis vain yksi tapa jäsentää keskustelua globaalien terveyden hallinnasta ja siihen liittyvästä problematiikasta.

4.3. Rakenteen kompleksisuus globaalihallinnan haasteena

Gloaalien terveyden rakenteen kompleksisuus on yksi keskeisimpiä primääriaineistosta esiin nousevia globaalien terveyden hallinnan haasteita sekä EU:n että BRICS-maiden osalta. Siten se muodostuu helposti diskursiiviseksi solmukohdaksi. Rakenteen kompleksisuuden solmukohdassa monet muut asiat, ideat ja käsitteet määrittyvät siten suhteessa solmukohtaan. Keskeisiä käsitteitä liittyen rakenteen kompleksisuuteen ovat fragmentaatio, rahoitus, terveysjärjestelmien vahvistaminen ja *Universal Health Coverage (UHC)*. Siihen liittyvät myös globalisaation mukana tuomat haasteet ja mahdollisuudet.

Fragmentaation käsite kietoutuu rakenteen solmukohtaan olennaisesti. Fragmentaatiolla viitataan toisaalta rakenteen sisäiseen fragmentaatioon, eli toimijoiden monilukuisuuteen ja niiden päällekkäisiin mandaatteihin. EU näkee fragmentaation yleisenä kehityksen esteenä:

Edistymistä on haitannut se, että panostus terveysalan ensisijaisiin tavoitteisiin on ollut epätasapainoista ja hajanaista. Käynnissä on yli 140 kansainvälistä, tiettyihin tarpeisiin räätälöityä ja usein päällekkäistä terveysaloitetta, jotka saattavat lisätä ennestään heikkoihin terveydenhoitojärjestelmiin kohdistuvia paineita.⁷

Moninainen toimijakenttä, päällekkäiset mandaatit ja lyhytaikaiset hankkeet määrittävät globaalien terveyden kenttää. EU näkee, että monilukuinen toimijoiden ja toimintojen kenttä voi jopa haitata pitkäaikaisten tavoitteiden saavuttamista, sillä silloin jäävät helposti huomiotta avunsaajamaiden terveyspalveluiden tuottamisen kapasiteettiin liittyvät ongelmat (SEC(2010)380, 5). Tällainen hallinnan vertikaalisuus on tulkittavissa yhdeksi terveyden globaalihallinnan kriittisimmistä ongelmista EU:n mukaan.

⁷ An unbalanced and fragmented attention to health priorities has undermined progress. More than 140 global health initiatives targeting specific needs often run in parallel and might potentially add pressure on already weak health systems. (COM(2010)128, 3.)

Sen sijaan, että keskityttäisiin pitkäaikaisiin terveyden rakenteisiin kohdistuviin investointeihin, terveyttä määrittäviin tekijöihin sekä sukupolvien väliseen kestävyys, se [globaalinen terveyden toiminta] on usein edelleen yksittäisiin asioihin keskittyvää ja luonteeltaan reagoivaa.⁸

EU:n lausunnoista käy siis ilmi toive siitä, että jokaisella globaalisen terveyden hallinnan toimijalla olisi oma selkeä roolinsa, jolla ei olisi päällekkäisyyksiä muiden toimijoiden kanssa. Tämä näkemys on yhteneväinen Hooghen ja Marksien (2003; 2004) esittelemän ensimmäisen tyyppin monitasohallinnan kanssa. Sen mukaan hallintajärjestelmän toimijoiden asemat eivät ole läpileikkaavia tai kilpailevia keskenään. Myös BRICS-maat tunnistavat saman kompleksisuuden ilmiön, mutta eivät tunnusta samaa huolta fragmentaation aiheuttamista haasteista. Kompleksisuutta ei suoraan leimata ongelmaksi.

Kansainvälinen terveysjärjestelmä koostuu kasvavasta määrästä kansainvälisiä toimintoja ja organisaatioita, joista kullakin on merkittävä rooli julkisen terveyden edistämiseksi niille kuuluvilla toiminta-alueilla. Tässä enenevän kompleksisessa ympäristössä, edistämme määrätietoisesti julkisen terveyden vahvistamista globaalilla tasolla [...]⁹

Edellinen lainaus on ainoa BRICS-maiden maininta liittyen globaalisen terveyden hallinnan kasvavaan toimintakenttään. BRICS-maat eivät myöskään puhu suoraan ”fragmentaatiosta”. Tästä voidaan päätellä, että BRICS-maille rakenteen kompleksisuus tässä mielessä ei ole niin suuri ongelma kuin EU:lle.

Toisaalta fragmentaation voi nähdä tarkoittavan myös teorialuvussa sivuamaani Biermanin et al. (2009) näkemystä hallinnan rakenteen fragmentaatiosta, jolloin se viittaa ristiriitaisiin ja päällekkäisiin normeihin, regiimeihin ja tavoitteisiin, jotka kaikki vaikuttavat globaalisen terveyden hallintaan. EU näkee tämän kaltaisen fragmentaation johtuvan pitkälti globalisaatiosta, jonka vaikutukset se näkee kriittisinä globaalisen terveyden hallinnan kannalta. Nykyisenlainen globaalisen terveyden hallinta ei pysty enää EU:n mukaan vastaamaan globalisaation aiheuttamiin haasteisiin, ja tämänhetkinen globaalisen terveyden hallinnan järjestelmä ei pysty EU:n mukaan

⁸ It [global health action] is often still more issue-based and responsive rather than defined by long-term investments in health infrastructures, action on health determinants and intergenerational health sustainability. (SEC(2010)380, 9.)

⁹ The international health architecture comprises an increasing number of international agencies and organizations, each of them playing a significant role, in their respective areas, to promote public health. In this increasingly complex environment, we are determined to strengthen public health at the global level [...]. (BRICS Health Ministers, 2011.)

sopeutumaan alati syntyviin uusiin toimijoihin (COM(2010)380, 4). Sosiaaliset, taloudelliset ja ympäristöön liittyvät asiat vaikuttavaan globaaliin terveyteen merkittävästi. EU:n mukaan terveys ei ole enää pitkään ollut ainoastaan kehitykseen liittyvä haaste. Terveystien liittyviä asioita ei voida myöskään hallita ainoastaan terveyssektorilla.

Myös BRICS-maiden puheissa tämän kaltainen fragmentaatio näyttöytyy haasteena. Ulkopoliittikan vaikutukset terveyteen tunnustetaan, samoin kuin ruokaturvaan, ilmastonmuutokseen, ympäristöön, kauppaan ja muihin globaaleihin asioihin liittyvät haasteet (BRICS Health Ministers 2011, 2015). Poliittikanalojen ja päätöksenteon harmonisoiminen liittyen globaaliin terveyteen voidaankin nähdä BRICS-maiden päätavoitteena rakenteen kompleksisuuteen liittyvässä keskustelussa. Tämä viittaa toisen tyyppin monitasohallintaan (Hooghe & Marks 2003; 2004), jonka mukaan hallinto on tehtäväkohtaista. Silloin yhteen politiikan alaan liittyvistä asioista päätetään yhden hallintojärjestelmän piirissä lukuisten eri toimijoiden kesken. Globaalin terveyden hallinnan järjestäminen tehtäväkohtaisesti edellyttäisi laajaa näkökulmaa terveyteen, joka huomioisi sen, että terveyteen liittyviä päätöksiä tehdään tällä hetkellä myös sellaisilla foorumeilla, joilla terveyden edistäminen ei ole keskiössä:

BRICS-maat [...] tunnustivat tarpeen politiikan yhtenäistämiseen liittyen kansainvälisiin ihmisoikeuksiin, kauppasääntöihin ja julkiseen terveyteen edistääkseen terveysteknologioiden saatavuutta [...]¹⁰

Myös EU näkee globaalin terveyssektorin helposti haavoittuvaisena ulkopuolelta tuleville riskeille. Globaalit ongelmat vaikuttavat ihmisten terveyteen globaalilla tasolla. EU pyrkii vähentämään kompleksisuudesta aiheutuvia haittoja yhtenäistämällä kaikkea politiikkaansa liittyen terveyteen. Sillä on käytössä Health In All Policies –periaate. Se huomioi terveyden muun muassa ulko- ja kauppapolitiikassa sekä maahanmuuttoon, turvallisuuteen, ruokaturvaan ja ilmastonmuutokseen liittyvässä hallinnassa (SEC(2010)380, 16–18). Näistä merkittävin keskinäisriippuvuus lienee terveyden ja kaupan välillä. Terveys on merkittävä osa EU:n vientiä (terveysteknologia, tietotaito, lääkkeet, palvelut), ja samalla monet kauppapoliittiset ratkaisut vaikuttavat globaaliin terveyteen merkittävästi. Tässä suhteessa myös EU:n näkemys hallinnan

¹⁰ The BRICS countries [...] acknowledged the need for strengthening policy coherence in relation to international human rights, trade rules and public health to promote access to health technologies [...] (Joint Communiqué of the BRICS Member States on Health, 2016.)

järjestämisestä on yhteneväinen BRICS-maiden kanssa ja noudattelee toisen tyyppin monitasohallinnan periaatteita.

Myös BRICS-maiden aineistossa kaupan ja terveyden keskinäisriippuvuudella on merkittävä rooli. Aineistosta nousee huoli kauppapolitiikan vaikutuksista globaalin terveyden toteutumiseen sekä erityisesti TRIPS-sopimuksen myönnytyksistä koskien lääkkeiden patentointia. TRIPS-sopimus ja sen myönnytysten tehokas käyttö ovatkin BRICS-maiden aineistossa keskeisin toistuvasti esiin nouseva teema. BRICS-maat osoittavat tukensa myös muille kehittyville maille ja sitoutuvat tukemaan niitä Dohan julistuksen määrittämien myönnytysten tehokkaassa hyödyntämisessä (BRICS Health Ministers, 2011). Alueelliset kauppasopimukset nähdään uhkana TRIPS-sopimuksen myönnytysten käyttämiselle ja sitä kautta oikeudelle terveyteen.

Me toimimme määrätietoisesti varmistaaksemme, että kahdenväliset ja alueelliset kauppasopimukset eivät sabotoi TRIPS-joustavuuksia. Me tuemme TRIPS-sopimuksen suojakeinoja ja olemme sitoutuneita työskentelemään yhdessä muiden kehittyvien maiden kanssa suojellaksemme ja edistääksemme, täysin, niitä ehtoja, jotka sisältyvät Dohan julistukseen TRIPS-sopimuksesta ja julkisesta terveydestä sekä Globaaliin strategiaan ja toimintasuunnitelmaan julkisesta terveydestä, innovaatioista ja immateriaalioikeuksista.¹¹

Globaalin terveyden rahoitus kietoutuu kompleksisuuden solmukohtaan olennaisesti. Rahoituksen käsite toimii kompleksisuuden solmukohdassa määrittävänä käsitteenä. EU kokonaisuudessaan on suurin globaalin terveyden rahoittaja. Se näkee rahoituksen vertikaalisen luonteen haasteena. EU:n mukaan terveyteen liittyvien tavoitteiden keskeisyys YK:n vuosituhattavoitteissa toi terveyden korkealle kansainvälisellä poliittisella agendalla, ja siten myös rahoituksen määrä on kasvanut eksponentiaalisesti (SEC(2010)382, 8). YK:n ja Maailmanpankin kautta kanavoidun rahoituksen määrä on kuitenkin laskenut merkittävästi, ja rahoitusta on suunnattu yhä yksityiskohtaisempiin toimintoihin. Sen sijaan yksityisten toimijoiden kautta kanavoitu avun määrä on kasvussa. EU:n mukaan tämä ”avun yksityistymisen käänne” on keskittänyt huomion yksittäisiin sairauksiin liittyviin toimiin ja projekteihin, johtaen ”terveyden rahoituksen fragmentoitumiseen” (*ibid.*). EU kritisoi tätä rahoituksen fragmentoitumista kovin sanoin:

¹¹ We are determined to ensure that bilateral and regional trade agreements do not undermine TRIPS flexibilities. We support the TRIPS safeguards and are committed to work together with other developing countries to preserve and promote, to the full, the provisions contained in the Doha Declaration on TRIPS and Public Health and of the Global Strategy and Plan of Action on Public Health, Innovation and Intellectual Property. (BRICS Health Ministers, 2011.)

Apua ei käytetä tukemaan kokonaisvaltaisia kansallisia terveyshankkeita. Sen sijaan siitä tulee yhä fragmentoituneempaa, kun valtaosa avusta on nykyisin hallitusten budjettien ulkopuolella, ja suurimmaksi osaksi maiden suunnitteluviranomaiset eivät seuraa sitä, eikä sitä ole linkitetty kansallisiin terveyshankkeisiin.¹²

EU:n mukaan olemassa olevat varat tulisi nyt käyttää terveyshaasteisiin vastaamiseen uusien instrumenttien kehittämisen sijaan (SEC(2010)128, 7). EU:n mukaan rahoituksen fragmentaatio ja sen kohdistaminen tiettyihin poliittisella agendalla korkealla oleviin tavoitteisiin on tehottomuuden lisäksi myös epäoikeudenmukaista. Hiv/aids-vastainen toiminta saa 40 prosenttia globaalien terveyden rahoituksesta, vaikka sen aiheuttama taakka kehitysmaissa kattaa vain 10 prosenttia verrattuna kaikkiin sairauksiin (SEC(2010)382, 10). Vaikka EU:n mukaan rahoittajien määrän kasvu on periaatteessa positiivinen asia, toiminnasta puuttuu sen mukaan koherenttius ja koordinaatio, mikä voi pahimmillaan vaikuttaa negatiivisesti avun tehokkuuteen (SEC(2010)128, 5). BRICS-maat eivät tällaisiin rahoituksen kysymyksiin lausunnoissaan puutu. Sen sijaan aineistossa näkyy kehittyville maille asetettu rooli globaalien terveyden ensisijaisina rahoittajina. BRICS-maat vetoavat kehittyneisiin maihin erityisesti WHO:n rahoituksen tukemisessa (BRICS Health Ministers, 2011).

Yksittäisten ohjelmien rahoittamisen sijaan EU kannattaa terveysjärjestelmien vahvistamista (*health systems strengthening*), joka onkin yksi EU:n kärkitavoite globaalien terveyden kentällä. Rakenteen kompleksisuuden solmukohdassa terveysjärjestelmien vahvistaminen on keskeinen käsite, ja sekä EU että BRICS-maat puhuvat siitä paljon. Terveysjärjestelmien vahvistaminen liittyy EU:n tavoitteeseen vähentää globaalien terveyden hallinnan fragmentaatiota. Terveysjärjestelmien vahvistaminen on horisontaalista toimintaa, jossa ei tueta ja rahoiteta yksittäisiä instrumentteja tai keskitytä yhden sairauden parantamiseen, vaan pyritään parantamaan avun vastaanottajamaiden kapasiteettia huolehtia oman maansa kansalaisista ja vastata tulevaisuuden terveyshaasteisiin.

¹² Aid is not being used to support comprehensive national health plans. Instead, it is becoming increasingly fragmented, with the bulk of health aid now outside government accounts and, for the most part, neither recorded by countries' planning authorities nor connected to national health plans. (SEC(2010)382, 8.)

Merkittävä haaste on maiden – usein heikkojen, konflikteista toipuvien tai riittävän vahvojen instituutioiden ja riittävien resurssien puutteesta kärsivien – kyvyttömyys implementoida tehokkaita julkisen terveyden käytäntöjä, kuten riittävien terveystalveluiden saatavuutta.¹³

Pitkäjänteistä toimintaa suunniteltaessa rahoituksen tulee olla kestäväällä pohjalla. EU:n mukaan terveystalveluiden vahvistamiseksi erityisen tärkeää on riittävä kansallinen rahoitus, jota täydennetään selkeästi linjatulla ja ennustettavalla ulkoisella tuella (SEC(2010)382, 9). Terveystalveluiden vahvistaminen on myös selkeä koko avunantajayhteisön ajama trendi. Jopa yksityisen sektorin toimijat Global Fund for Aids, TB and Malaria, sekä Gavi, the Vaccine Alliance, jotka ovat perinteisesti suunnanneet toimintansa ja rahoituksensa lyhytaikaisiin ja spesifeihin ohjelmiin, ovat yhtä lailla ottaneet terveystalveluiden vahvistamisen agendalleen (*ibid.*).

Terveystalveluiden vahvistamiseen liittyy keskeisesti myös *Universal Health Coverage* (UHC). Se on kunnianhimoinen tavoite, joka on myös EU:n strategian kärkipäässä. WHO:n määritelmän mukaan UHC:lla tarkoitetaan ”sen takaamista, että kaikilla ihmisillä on pääsy tarvittaviin edistäviin, ehkäiseviin, parantaviin ja kuntouttaviin terveystalveluihin, jotka ovat riittävän laadukkaita ollakseen tehokkaita, samalla kun varmistetaan, että ihmisten ei tarvitse kärsiä rahallisia vaikeuksia maksaakseen näitä palveluita” (WHO 2017). UHC liittyy keskeisesti rakenteen kompleksisuuden ongelmaan. Tavoitteena on luoda horisontaalisen toiminnan kautta hyvinvointia ja ottaa huomioon terveyttä sosiaalisesti määrittävät tekijät.

BRICS-maiden mukaan sekä terveystalveluiden että rahoituksen vahvistamisen kehittyvissä maissa tulee olla kansainvälisen yhteisön keskeinen tavoite (BRICS Health Ministers, 2011). Myös BRICS-maat näkevät UHC:n tavoitteen keskeisenä osana terveystalveluiden vahvistamista. Syyt terveystalveluiden vahvistamiseen ovat kuitenkin eri tyyppisiä kuin EU:lla. Kun EU perustelee sitä horisontaalisuuden ja tehokkuuden kautta, BRICS-maiden mukaan se luo pohjan oikeuden terveyteen toteutumiseksi. Tämä on merkittävä huomio toimijoiden erilaisissa intresseissä ja ideologioissa toiminnan taustalla.

¹³ A major challenge is the inability of countries - often fragile, post-conflict or without sufficiently strong institutions and adequate resources - to implement effective public health policies, including the access to adequate health services. (COM(2010)128, 3.)

BRICS-maat [...] painottivat, että keskusteluun Universal Health Coveragesta tulee sisällyttää terveysjärjestelmien vahvistaminen sekä terveyshenkilöstön suunnittelu, sillä ne ovat keskeisiä asioita oikeuden terveyteen ja hyvinvointiin toteutumisen kannalta.¹⁴

Rakenteen kompleksisuuden solmukohdassa merkittäväksi nousee EU:n suunnalta myös tehokkuuden käsite. Tehokkuuden avulla EU pyrkii määrittämään rakenteen kompleksisuutta ja perustelemaan kompleksisuuden negatiivista luonnetta. Tehokkuuden näkökulmasta rakenteen kompleksisuus aiheuttaa tehottomuutta sekä politiikassa että rahoituksessa. Ohjelmien ja mandaattien päällekkäisyydet, tavoitteiden ristiriitaisuus sekä rahoituksen lyhytaikaisuus, epävarmuus ja spesifisyys aiheuttavat kaikki hallinnan tehottomuutta. EU näkeeikin terveysjärjestelmien tukemisen tavoitteen keskeiseksi nimenomaan tehokkuuden lisäämisen kannalta (COM(2010)128, 5). BRICS-maiden puolelta tällaista tehokkuuteen liittyvää argumentointia ei käytetä.

Yhteenveto rakenteen kompleksisuuden solmukohdasta

Rahoitus, tehokkuus ja fragmentaatio toimivat rakenteen kompleksisuuden solmukohdassa merkittäjinä, joiden kautta kompleksisuutta tulkitaan ja määritellään. Molemmat toimijat yhdistävät kompleksisuuden käsitteeseen erilaisia merkityksiä perustellakseen omia poliittisia tavoitteitaan. Rakenteen kompleksisuus diskursiivisena solmukohtana toimii avaumana poliittiseen kiistaan hallinnan tasoista ja muodoista.

EU näkee vertikaalisten hallinnan toimien, kuten yksittäisten ohjelmien rahoittamisen sekä yksittäisiin sairauksiin keskittymisen vaikuttavan negatiivisesti globaalin terveyden hallintaan. EU:n osalta keskustelu rahoituksesta ja tehokkuudesta liittyy pitkäjänteisyyteen, ja sen mukaan globaalin terveyden hallintaa palvelisivat parhaiten selkeät ja pysyvät hallinnan rakenteet, jotka ovat ennakoitavissa. Tällaiset hitaasti muuttuvat ja pysyvät hallintoelimet ovat tyypillisiä ensimmäisen tason monitasohallinnalle. *Universal Health Coveragen* takaamisen onnistuminen vaatisi kuitenkin hallintaa, jossa myös terveyteen liittyvät sosiaaliset ja taloudelliset tekijät otetaan huomioon. Tämän EU huomioi Health In All Policies –lähestymistavassaan.

¹⁴ The BRICS Countries [...] Emphasized that discussions on Universal Health Coverage must encompass strengthening national health systems and addressing human resources for health, which are essential for the fulfillment of the right to health and wellbeing for all. (Joint Communiqué of the BRICS Member States, 2014.)

BRICS-maat sen sijaan eivät koe kasvavaa toimijoiden kenttää suoranaisena uhkana. Ne merkityksellistävät globaalihallinnan rakenteen kompleksisuutta muiden politiikan alojen vaikutuksen sekä terveyttä sosiaalisesti määrittelevien tekijöiden kautta. BRICS-maiden tavoitteissa on nähtävissä toisen tyyppin monitasohallinnan piirteitä. Tehtäväkohtainen hallinta ja laaja toimijoiden kenttä, jossa kansallisvaltiot ja kansainväliset organisaatiot toimivat luonnollisesti yhdessä, on BRICS-maiden tavoite globaalien terveyden hallinnalle.

Rakenteen kompleksisuuden solmukohta kietoutuu keskeisesti Biermannin et al. (2009) teoretisointiin globaalihallinnan rakenteen hajautumisesta eli fragmentaatiosta. Biermannin et al. mukaan vaikutusvaltaiset valtiot hyötyvät fragmentaatiosta, sillä se ylläpitää niiden kontrolloivaa asemaa tarjoamalla niille hyvän neuvotteluaseman. Fragmentaatio mahdollistaa vaikutusvaltaisille valtioille valita sellaiset mekanismit, jotka parhaiten hyödyttävät niiden intressejä. Ne voivat harjoittaa ”forum shoppingia” eli siirtyä intressiensä mukaisesti päätöksentekoaualta toiselle tai luoda uusia sopimuksia, jos vanhat eivät enää palvele niiden intressejä. Tästä syystä onkin mielenkiintoista, että EU itse asiassa vastustaa fragmentaatiota ja pyrkii harmonisoimaan järjestelmää horisontaalisempaan suuntaan.

EU:n ja BRICS-maiden erilainen näkemys kompleksisuuden luonteesta vaikuttaa myös siihen, kuinka ongelmaa pyritään ratkaisemaan. BRICS-maiden tavoitteena on harmonisoida päätöksentekoa eri politiikanaloilla ja huomioida erityisesti TRIPS-sopimukseen liittyvät myönnytykset. EU:n Health In All Policies – toimintatapa on yhtenäinen tämän tavoitteen kanssa, mutta EU:n kohdalla se ei kuitenkaan nouse ensisijaiseksi tavoitteeksi. Sen sijaan EU kannattaa erityisesti rahoituksen uudelleen suunnittelua sekä toimijakentän muokkaamista pysyvämpään ja horisontaalisempaan muotoon.

4.4. Oikeudenmukaisuus globaalihallinnan haasteena

Oikeudenmukaisuus on aineiston toinen diskursiivinen solmukohta. Oikeudenmukaisuus käsitteenä on perinteinen tyhjä merkitysijä, sillä se on luonteeltaan abstrakti, monitulkintainen ja yleisesti hyväksyttävä. Aineistosta näkyy vahvasti normatiivinen ja ideologinen tavoite globaalien terveyden järjestelmästä, joka hyödyttää kaikkia maailman ihmisiä. Lähtökohta oikeudenmukaisuuden parantamiseen on EU:lla ja BRICS-mailla melko samanlainen, sillä

molempien toimintaa ohjaa vahvasti ihmisoikeusperusteisuus. Oikeudenmukaisuutta kuitenkin merkityksellistetään erilaisten käsitteiden kautta. Täten erilaiset käsitykset oikeudenmukaisuudesta vaikuttavat myös siihen, miten oikeudenmukaisempaa globaalin terveyden järjestelmää tavoitellaan ja minkälainen hallinta toimijoiden mukaan on toimivinta.

EU määrittelee oikeudenmukaisuutta erityisesti sosiaalisen oikeudenmukaisuuden kautta. EU:n mukaan köyhät ihmiset kärsivät eniten esimerkiksi ruoan hinnan noususta, mikä voi johtaa terveyden heikkenemiseen (COM(2010)128, 2). Vaikka EU:n mukaan yleinen hyvinvointi maailmassa on lisääntynyt, erot maiden ja ihmisten välillä ovat kasvaneet. Köyhyysdiskurssi on EU:n tuottamassa aineistossa selkeää. EU näkee itsensä tärkeänä globaalina ja kehityspoliittisena toimijana, jonka velvollisuus on auttaa köyhempiä maita. Köyhyys nousee aineistossa ongelmana, joka vaikuttaa terveyteen ja päinvastoin:

EU edistää kattavaa johtajuutta, ihmisoikeuksia, demokratiaa, hyvää hallintoa ja vakautta, jotka kaikki ovat oleellisia tekijöitä terveiden yhteiskuntien rakentamisessa sekä päinvastoin. Terveys on erittäin tärkeä tekijä köyhyiden vähentämisessä ja kestävän kasvun edistämisessä.¹⁵

EU:n mukaan tasa-arvo ja solidaarisuus ovat keskeisiä syitä edistää globaalia terveyttä. EU:n toiminta oikeudenmukaisuuden edistämiseksi nojaa yhteisiin jaettuihin arvoihin sekä perustavanlaatuisiin oikeuksiin, keskittyen erityisesti lasten oikeuksiin (SEC(2010)380, 10–11). BRICS-maiden aineistossa köyhyys ei ole yhtä tärkeä merkittäjä kuin EU:lla, ja oikeudenmukaisuus määrittyy sen kautta eri tavalla. Kun EU-aineistossa köyhyys määrittää oikeudenmukaisuutta sosiaalisena ongelmana, BRICS-maat näkevät köyhyiden poliittisena ja moraalisen haasteena, jonka hävittäminen on yksi yhteiskunnan merkittävimmistä globaaleista kysymyksistä (BRICS Summit Declaration, 2011). BRICS-maiden vaatimukset globaalin terveysjärjestelmän rahoittamisesta erityisesti rikkaiden maiden velvollisuutena antavat suuntaa siitä, millainen on BRICS-maiden mukainen oikeudenmukainen kansainvälinen yhteisö.

Lääkkeiden ja terveyspalveluiden saatavuus on oikeudenmukaisuuden solmukohtaa keskeisesti määrittelevä merkittäjä, johon oikeudenmukaisuus konkretisoituu helposti. Sekä EU että BRICS-maat nostavat lääkkeiden saatavuuden oikeudenmukaisuuden keskeisimmäksi merkittäjäksi.

¹⁵ The EU promotes inclusive leadership, human rights, democracy, good governance and stability, all of them essential factors for healthy societies and vice versa. Health is a critical element to reduce poverty and promote sustainable growth. (COM(2010)128, 4.)

Oikeudenmukaisessa globaalien terveyden järjestelmässä lääkkeet ja terveystalvet ovat kaikkien saatavilla. Erityisesti BRICS-maat näkevät lääkkeiden saatavuuden ihmisoikeusperustaisesta näkökulmasta keskeisenä edellytyksenä oikeuden terveyteen toteutumiseen (BRICS Health Ministers 2011; 2013b). Lääkkeiden saatavuus on BRICS-maiden osalta tärkeimpiä edellytyksiä toimivalle globaalien terveyden järjestelmälle sekä myös sen isoimpia ongelmia.

TRIPS-sopimus toimii merkittäjänä rakenteen kompleksisuuden solmukohdan lisäksi myös oikeudenmukaisuuden solmukohdassa, sillä se liittyy keskeisesti lääkkeiden saatavuuteen. BRICS-maat näkevät TRIPS-sopimuksen joustavuudet keskeisenä keinona edistää lääkkeiden saatavuutta kehittyvissä maissa (BRICS Health Ministers 2011; 2013; BRICS Joint Communiqué 2013; 2014; 2015; 2016). BRICS-maat toivovat immateriaalioikeuksien lieventämistä, jotta ne voisivat viedä generisiä lääkkeitä entistä tehokkaammin kehittyviin maihin (BRICS Health Ministers, 2011). EU:n mukaan TRIPS-sopimuksen joustavuudet takaavat riittävän immateriaalioikeuksien suojan ja lääkkeiden saatavuuden köyhimmässä maissa, mutta joustavuuksia ei ole käytetty EU:n mukaan tarpeeksi tehokkaasti (SEC(2010)380, 17, 27). EU pyrkii parantamaan lääkkeiden saatavuutta kehittyvissä maissa tukemalla globaaleja terveysjärjestöjä, kehittyvien maiden terveysjärjestelmiä, lääkkeiden tutkimusta sekä sellaisia kauppasopimuksia, joilla helpotetaan lääkkeiden saatavuutta (Euroopan komissio 2016).

TRIPS-sopimukseen oleellisesti liittyvät immateriaalioikeudet määrittelevät oikeudenmukaisuuden käsitettä, ja oikeudenmukaisuus määrittyy niiden kautta hyvin eri tavoin kuin ihmisoikeusperusteisen lähtökohdan mukaan. BRICS-mailla on immateriaalioikeuksien tiukentamiseen vahva kanta johtuen Brasilian ja Intian taustasta merkittävinä geneeristen lääkkeiden valmistajina. BRICS-maiden mukaan geneerisillä lääkkeillä on keskeinen vaikutus oikeuden terveyteen toteutumisessa (BRICS Health Ministers 2011; 2013; 2013b). Ne tekevät kaikkensa, jotta TRIPS-sopimus ei estäisi lääkkeiden saatavuutta kehittyvissä maissa:

BRICS-maat [...] Korostivat, että BRICS-maiden tulee toimia yhdistyneesti taatakseen, että Maailman terveysjärjestö pysyy sitoutuneena vahvistamaan lääkkeiden sääntelymekanismeja ja pidättäytyy osallisuudesta kysymyksissä, jotka liittyvät immateriaalioikeuksien vahvistamiseen.¹⁶

¹⁶ The BRICS-countries [...] Underscored that the BRICS countries need to act unitedly to ensure that the World Health Organization remains committed to strengthening of the drug regulatory mechanisms and

EU:n mukaan lääkkeiden saatavuuden rajoittuminen ei johdu mistään yksittäisestä tekijästä, ja vain harvoin immateriaalioikeuksilla on vaikutusta siihen (COM(2014)389, 10). Syyt ovat EU:n mukaan useammin maan sisäisiä, kuten heikot terveysjärjestelmät ja huono infrastruktuuri. EU:n mukaan on kuitenkin sen oma tehtävä varmistaa, että EU:n kahdenväliset kauppasopimukset eivät vaaranna lääkkeiden saatavuutta (COM(2010)128, 8). EU tunnustaa olemassa olevan kauppasopimusten ja lääkkeiden saatavuuden ristiriidan:

Liittyen lääkkeiden saatavuuteen, joitakin kehittyneitä maita on kauppaneuvotteluissa syytetty omien taloudellisten intressien ajamisesta kehittyvien maiden terveyteen liittyvien tarpeiden sijaan.¹⁷

EU tunnustaa, että patenttioikeudet voivat vaikuttaa lääkkeiden hintoihin (COM(2014)389, 10). EU näkeekin tehtävänänsä tukea erityisesti vähiten kehittyneitä maita TRIPS-sopimuksen myönnytyksen hyödyntämisessä (Council Conclusions, 2010). EU:n mukaan on tarpeellista löytää ratkaisu, joka palvelee sekä edullisten lääkkeiden saatavuutta että lääketieteellisen tutkimuksen edistämistä (COM(2014)389, 10).

Tutkimus ja teknologian kehitys ovat keskeisiä oikeudenmukaisuuden käsitettä muovaavia määrittelijöitä. Ne liittyvät myös toiseen määrittäjään, immateriaalioikeuksiin. Erityisesti EU painottaa terveyspalvelujen saatavuuden sekä innovaatioiden suhdetta toisiinsa. EU:n mukaan terveyttä voidaan parantaa merkittävästi innovaatioiden ja tutkimuksen kautta. Tärkeää EU:n mukaan on, että innovaatiot ovat kaikkien saatavilla, jotta ne voivat parantaa koko väestön hyvinvointia (COM(2010)128, 5). EU näkee ongelman siinä, että uusien teknologioiden kehittäminen ei ole täydessä tehokkuuden huipussaan silloin, kun hoitoa tarvitsevia on joko liian vähän tai he ovat liian köyhiä. Tästä syystä saatavuutta ja innovaatioita tulee kehittää käsi kädessä.

BRICS-maat määrittelevät oikeudenmukaisuuden käsitettä teknologian siirron kautta. Teknologian siirrolla tarkoitetaan keinoja auttaa kehitysmaita parantamaan paikallisia terveysoloja teknologian avulla muun muassa tietotaidon ja välineiden levittämisen kautta.

refrains from involvement with issues related to Intellectual Property rights enforcement. (Joint Communiqué of the BRICS Member States on Health, 2012.

¹⁷ In the area of access to medicines, during trade negotiations, some developed countries have been accused of putting their own economic interests before the health needs of developing countries. (SEC(2010)380, 5.)

Teknologian siirto kehittyviin maihin nähdään keinona voimaannuttaa kehittyviä maita (BRICS Health Ministers, 2013). Maat toivottavat tervetulleeksi innovatiiviset keinot teknologian siirtämisen edistämiseksi sekä terveysteknologian saatavuutta lääkkeiden saatavuuden parantamiseksi (BRICS Health Ministers, 2011). Yhteistyö ja yksityisen sektorin rooli nähdään tässä keskeisenä:

Tunnustamme tarpeen vahvistaa tavoitteita liittyen tutkimukseen ja kehitykseen sekä yhteistyöhön BRICS-maiden kesken, sisältäen yhteistyön julkisen ja yksityisen sektorin sidosryhmien välillä, jotta teknologian ja innovaatioiden siirtoa voidaan tukea kestäväällä tavalla.¹⁸

Oikeudenmukaisuutta määritellään siis immateriaalioikeuksien ja teknologian ja tutkimuksen käsitteiden avulla hyvin eri tavoin. BRICS-maat vetoavat ihmisoikeuksiin ja oikeuteen terveyteen, jonka he näkevät olevan uhattuna TRIPS-sopimuksen ja patenttioikeuksien vuoksi. EU sen sijaan painottaa tutkimuksen ja innovaatioiden tärkeyttä lääkkeiden saatavuuden lisäämisessä. Oikeudenmukaisuus määritetty siis EU:n puheissa niin, että lääkeyhtiöille tulee taata kattavat patenttioikeudet, jotta ne voivat turvata tutkimuksensa. Toisaalta EU kuitenkin näkee lääkkeiden saatavuuden parantamisen vaikuttavan merkittävästi oikeudenmukaisen ja tasa-arvoisen globaalin terveyden järjestelmän rakentamiseen.

Pohjoinen-etelä –asettelu on oikeudenmukaisuuden solmukohdassa BRICS-maiden puolelta esiin nouseva merkittävä. BRICS-maat korostavat omaa asemaansa kehittyvinä maina sekä tukeaan muille kehittyville maille (BRICS Health Ministers, 2011). Pohjoisia teollisuusmaita ei BRICS-maat eivät juuri aineistossa huomioi, vaan yhteistyöstä puhuminen keskittyy etelän valtioiden väliseen yhteistyöhön. EU puolestaan näkee velvollisuudekseen tukea maailman köyhimpiä valtioita solidaarisuuden nimissä. BRICS-maat näkevät etelän välisen yhteistyön tiivistämisen auttavan kehittyviä maita terveyden edistämässä (BRICS Joint Communiqué, 2014). Kehittyneitä maita vaaditaan täyttämään sitoumus 0,7 prosentin tavoitteesta kehitysapuun (BRICS Summit Declaration, 2009). BRICS-maat korostavat keskeisen yhteistyönsä tärkeyttä tärkeänä keinona parantaa globaalin terveyden hallintaa ja oikeudenmukaisuutta (BRICS Joint Communiqué 2012, BRICS Summit Declaration 2016):

¹⁸ We acknowledge the need to establish priorities in research and development as well as cooperation among BRICS countries, including between stakeholders from the public and private sector, in order to support the transfer of technologies and innovation in a sustainable way. (BRICS Health Ministers, 2011).

BRICS-maiden välinen yhteistyö auttaa vastaamaan yhteisiin haasteisiin, kuten universaaliin terveyspalveluiden saatavuuteen. [...] Se myös auttaa terveysteknologian ja geneeristen lääkkeiden saatavuudessa sekä BRICS-maissa, että maailmalla yleisemminkin.¹⁹

Yhteenveto oikeudenmukaisuuden solmukohdasta

Köyhyys, lääkkeiden saatavuus, immateriaalioikeudet, teknologia sekä pohjoinen-etelä toimivat oikeudenmukaisuuden solmukohdassa merkittäjinä, joiden kautta EU ja BRICS-maat pyrkivät määrittelemään oikeudenmukaisuutta. Artikulaatiokäytäntöjen vertailun kautta nousee esiin erilaiset näkemykset siitä, minkälaista on oikeudenmukainen globaalinen terveyden hallinta ja miten se voidaan saavuttaa.

EU näkee itsensä vahvana globaalina toimijana, jonka velvollisuus on auttaa köyhimpiä maita. Oikeudenmukaisuuden problematiikka rakentuu erityisesti köyhyyden ja solidaarisuuden kautta. EU:n tuottamasta köyhyysdiskurssista on nähtävissä EU:n tietynlainen suhtautuminen vallitsevaan maailmanjärjestykseen: EU on avunantaja ja köyhät kehitysmaat avunsaajia. Tällainen hierarkkinen rahoittajamaiden tuottama diskurssi onkin näkyvissä yleisesti koko kehityspolitiikan kentällä. Vastaavasti BRICS-maat näkevät oikeudenmukaisempaa lähestymistapana alueellisen ja etelän valtioiden välisen tasa-arvoisen yhteistyön. BRICS-maat mieltävät myös itsensä kehittyviksi maiksi eivätkä siten luo diskurssillaan hierarkkista hallinnan järjestelmää.

BRICS-maiden osalta keskeinen oikeudenmukaisuuden solmukohta rakentava elementti on ihmisoikeusperustaisuus, joka näkyy oikeuden terveyteen esiintuomisessa moneen otteeseen. Oikeus terveyteen nähdään yhtenä keskeisimmistä elementeistä globaalisen terveyden hallinnassa. TRIPS-sopimuksen myönnytykset nähdään kriittisen tärkeänä keinona taata lääkkeiden ja terveyspalveluiden saatavuus sekä oikeus terveyteen kaikille. Teknologian siirto kehittyviin maihin nähdään oikeudenmukaisuutta parantavana toimena. Eteläisten ja kehittyvien maiden yhteistyö on BRICS-maiden mukaan tärkeä keino parantaa globaalia terveyttä.

¹⁹ Cooperation among BRICS member states will help address common challenges such as universal access to health services. [...] It will also help access to health technologies and generic medicines not only among BRICS member states but the world at large. (Joint Communiqué of the BRICS Member States, 2012.)

EU on selvästi tyytyväisempi globaalien terveyden hallinnan oikeudenmukaisuuden tilaan kuin BRICS-maat. EU:n mukaan ongelmaa esimerkiksi lääkkeiden saatavuudessa ei pitäisi olla, sillä kehittyville maille on taattu riittävät myönnytykset TRIPS-sopimuksen soveltamisessa. EU ei omasta mielestään rajoita lääkkeiden saatavuutta, ja se kannustaa kehittyviä maita käyttämään TRIPS-sopimuksen myönnytyksiä. EU tukee teknologian kehitystä ja innovaatioita keinona parantaa oikeudenmukaisuutta ja globaalien terveyden hallintaa. BRICS-maat vastaavasti näkevät kauppapolitiikan ja immateriaalioikeuksien heikentävän oikeudenmukaisuutta sekä oikeuden terveyteen toteutumista.

Globaalihallinnan teorian mukaan valtiot eivät ole ainoita legitiimejä kansainvälisen järjestelmän toimijoita, vaan valta jakautuu myös useille ei-valtiollisille toimijoille. Globalisaation kiihtyminen onkin vaikuttanut paljon siihen, miten suvereniteetin käsite ymmärretään. Kansainvälisten instituutioiden myötä – tästä parhaana esimerkkinä toimii EU – valtiot ovat vapaaehtoisesti luovuttaneet suvereniteettiaan valtioiden välisen yhteistyön nimissä. Monien tutkijoiden mukaan suvereenit valtiot ovat kuitenkin edelleen kansainvälisen järjestelmän perusyksiköitä. Globaalihallinnan käsite kuitenkin kyseenalaistaa suvereniteetin merkityksen ainakin jollain tasolla, sillä valtiot eivät enää pysty toimimaan eristyksissä ja vastaamaan globalisaation aiheuttamiin haasteisiin ilman kansainvälistä yhteistyötä. Aineiston analyysissä oikeudenmukaisuuden solmukohta toimii siten myös avauksena väittelyyn suvereniteetin eli valtioiden itsemääräämisoikeuden merkityksestä. Suvereniteetti-sanaa ei itsessään keskustelussa käytetä, mutta se näkyy tietynlaisena arvona diskurssien taustalla. Keskustelussa globaalista terveydestä suvereniteetti näkyy ajatuksena valtion oikeudesta ja velvollisuudesta suojella maansa kansalaisten ihmisoikeuksia, kuten oikeutta terveyteen. BRICS-maat puolustavat kiihkeästi kehittyvien maiden oikeuksia turvata elintärkeiden lääkkeiden saatavuus kansalaisilleen.

4.5. Johtajuus globaalihallinnan haasteena

Johtajuuden solmukohta liittyy keskeisesti ensimmäiseksi esiteltyyn rakenteen kompleksisuuden solmukohtaan. Hallinnan fragmentoitumisen ja moninaisen toimijakentän vuoksi myös globaalien terveyden johtajuus näyttäytyy haasteena. Johtajuuden ympärille muodostuu aineiston kolmas

diskursiivinen solmukohta, jossa EU:n ja BRICS-maiden näkemykset johtajuudesta ja siihen liittyvästä problematiikasta eroavat selvästi.

Paremmen terveyden saavuttaminen Euroopassa ja globaalisti vaatii EU:n mukaan kestävää kollektiivista johtajuutta (COM(2010)128, 4). EU näkee, että johtotyhjiö globaalien terveyden sektorilla on johtanut fragmentaatioon. Toisaalta taas fragmentoitunut rakenne on vaikuttanut johtotyhjiön syntyyn. Kansallisvaltioiden rooli globaalihallinnan kentällä on vähentynyt, ja valta on jakautunut lukuisalle määrälle eri toimijoita. Suuri globaalien terveyden toimijoiden määrä vaatii EU:n mukaan tehokkaampaa globaalia johtajuutta (COM(2010)128, 4). EU:n näkemyksen mukaan vallan jakautuessa monelle toimijalle sitä ei ole enää kenelläkään, ja EU pyrkii ratkaisemaan ongelman rakentamalla diskurssillaan itselleen globaalien terveyden tulevaisuuden johtajan roolia. Johtajuustyhjiössä EU näkee tilaisuutensa varmistaa itselleen globaalien terveyden hallinnan johtajuus. EU näkee itsellään vahvan mandaatin toimia globaalien terveyden kentällä:

EU:n johtava rooli kansainvälisessä kaupassa, globaalissa ympäristöhallinnassa ja kehitysyhteistyössä, kuten myös sen arvot ja kokemus universaalista ja tasa-arvoisesta laadukkaasta terveydenhuollosta antavat sille vahvan legitimitetin toimia globaalien terveyden edistämiseksi.²⁰

Aineistosta nousee esiin EU:n käsitys siitä, että se ei ole vielä johtava toimija globaalien terveyden kentällä, mutta sen johtoasema monilla muilla politiikan aloilla, kuten kauppa- ja kehityspolitiikassa, antaa sille vahvan pohjan muodostaa koherentti lähestymistapa myös globaaliin terveyteen (COM(2010)128, 5). EU:n strategian päätavoite on vahvistaa ääntään globaalien terveyden kentällä (SEC(2010)380, 4). Tämä tapahtuu kaikki politiikan alat huomioivalla ja koherenssia lisäävällä toiminnalla. EU:n strategia rakentaa itsestään globaalien terveyssektorin johtaja on selkeä ja kunnianhimoinen. Se näkee roolinsa tulevaisuuden suunnannäyttäjänä, jossa EU:n oma poliittinen ja hallinnollinen malli on malliesimerkki muille toimijoille:

[...] siitä [EU:sta] tulee luotetumpi, tehokkaampi ja voimallisempi globaali toimija terveyden kentällä. Itse asiassa, huomioiden sen, kuinka merkittävä EU:n 27 jäsenvaltion ja unionin jaetun suvereniteetin järjestelmä on, EU on erityisen sopiva toimimaan mallina globaalilla kentällä.²¹

²⁰ The EU's leading role in international trade, global environmental governance and in development aid, as well as its values and experience of universal and equitable quality healthcare give it strong legitimacy to act on global health. (COM(2010)128, 4.)

Yhteistyö toimii johtajuuden solmukohtaa määrittelevänä käsitteenä. Sekä EU:n että BRICS-maiden mukaan toimivan terveyden globaalihallinnan rakenteen saavuttamiseksi kaikkien toimijoiden on tehtävä yhteistyötä. BRICS-maat näkevät yhteistyön kansainvälisten organisaatioiden, kuten WHO:n, UNAIDS:n, sekä yksityisten toimijoiden Global Fundin ja Gavin kanssa tärkeänä keinona parantaa lääkkeiden ja terveystalveluiden saatavuutta, ja ne etsivät parhaita muotoja tehdä yhteistyötä näiden organisaatioiden kanssa (BRICS Health Ministers, 2011). Tärkeimpänä keinona globaalien terveyden hallinnan toimivuuden kannalta BRICS-maat näkevät kuitenkin oman keskeisen yhteistyönsä. Ne näkevät BRICS-mailla olevan ”ainutlaatuista vahvuutta” erityisesti edullisten terveystuotteiden valmistamisessa (BRICS Health Ministers, 2013a). BRICS-maat näkevät myös muut toimijat, kuten yksityisen sektorin, keskeisinä globaalien terveyden parantamisessa.

[...] me kiitämme BRICS-maiden ponnisteluista edistää kansainvälistä yhteistyötä tukemaan maiden pyrkimyksiä saavuttaa terveyttä koskevat tavoitteensa [...]. Me myös pyrimme edistyneempiin kumppanuuksiin kansainvälisen yhteisön keskuudessa ja muiden sidosryhmien kanssa, sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta mukaan lukien kansalaisyhteiskunnan ja akatemian, kaikkien terveyden parantamisen nimissä.²²

BRICS-maiden aineistossa ei ole mainintoja teollisuusmaiden kanssa tehtävästä yhteistyöstä tai sen tavoittelun tärkeydestä. Sen sijaan etelän välinen yhteistyö nähdään keskeisenä keinona voimaannuttaa kehittyviä maita ja parantaa globaalia terveyttä. BRICS-maat painottavatkin ennen kaikkea alueellista yhteistyötä yli kansainvälisen yhteistyön. Lähestymistavasta voi tulkita BRICS-maiden näkemyksen siitä, että ongelmia tulee hoitaa siellä missä niitä on ja sellaisten maiden kesken, joilla on omakohtaista tuntemusta asiasta – tähän viittaavat myös useat maininnat BRICS-maiden omasta asemasta kehittyvinä maina. BRICS-maat eivät korosta antamaansa kehitysapua tai tekemiänsä rahallisia panostuksia globaalien terveyden sektorilla.

²¹ [...] it will become a more trusted, more efficient and more powerful global player in the field of health. In fact, considering its remarkable system of shared sovereignty between its 27 Member States and the Union, the EU will be particularly suited to serving as a model on the global scene. (SEC(2010)380, 28.)

²² [...] we commend the efforts made by the BRICS countries to contribute to enhanced international cooperation to support the efforts of countries to achieve their health goals [...]. We also seek enhanced partnerships by the international community and other stakeholders from both the public and private sectors, including the civil society and academia to improve health for all. (BRICS Summit Declaration, 2015.)

Merkityksellistämällä itsensä samalle tasolle autettavien maiden kanssa BRICS-maat pyrkivät luomaan ei-hierarkkista johtajuutta ja tasa-arvoisempaa lähestymistapaa perinteiseen auttaja-autettava –suhteeseen.

Huolimatta EU:n kritiikistä kohti uusien toimijoiden aiheuttamaa fragmentaatiota, se pitää kaikkien toimijoiden roolia terveyden globaalihallinnassa tärkeänä. EU näkee ylikansalliset yritykset, kuten lääkeyhtiöt, legitiimeinä ja tärkeinä toimijoina terveyden globaalihallinnan kentällä. EU:n suhtautuminen yhteistyöhön globaalien terveyden hallinnassa on ulottuvuudeltaan kansainvälisempi kuin BRICS-maiden. EU:n mukaan kaikkien globaalien terveyssektorin toimijoiden (EU:n, kansainvälisten organisaatioiden, valtioiden, ei-valtiollisten organisaatioiden, säätiöiden, ajatushautomoiden ja akatemian) tulee työskennellä yhdessä ja perustaa kumppanuuksia globaalien terveyden agendan selvittämiseksi (SEC(2010)380, 28). EU painottaa yksityistä sektoria keskeisenä sidosryhmänä uusien kumppanuuksien ja synergioiden rakentamisessa. EU:n tavoitteena on rakentaa strategisia kumppanuuksia ja tehdä tehokasta yhteistyötä globaalien terveyden kumppanien kanssa, jotta EU:n näkyvyys globaalien terveyden toimijana parantuisi (COM(2010)380, 24). Toisin sanoen EU:n motiivi myös yhteistyön tekemiseen on oman johtoasemansa vahvistaminen.

Koordinaation puute kansallisvaltioiden sisällä ja niiden välillä aiheuttaa EU:n mukaan haasteita koherentin globaalien terveyden hallinnan strategian muodostamiselle. EU näkee ongelmallisena ristiriitaisen toiminnan unionin jäsenvaltioiden kesken sekä eurooppalaisten organisaatioiden välillä (SEC(2010)380, 9). Valtiot saattavat EU:n mukaan toimia haitallisesti tavoittelemalla omaa kansallista etuaan keskinäisriippuvuuteen perustuvan globaalien yhteistyön syventämisen sijaan (SEC(2010)380, 23). Tästä syystä EU:n mukaan on kriittisen tärkeää löytää yhteinen arvopohja ja lähestymistapa globaaliin terveyteen. Se näkee komission roolina selkiyttää, miksi ja miten globaalien terveyden hallintaa tulisi parantaa, sekä tunnistaa ne hyödyt, jotka seuraavat EU:n vahvistuvasta roolista terveyden globaalihallinnan kentällä.

Kansainvälisen terveysjärjestö WHO:n rooli on keskeinen johtajuuden solmukohta määrittelevä merkittäjä. Molemmat toimijat näkevät WHO:n roolin vahvistamisen erittäin tärkeäksi terveyden globaalihallinnan parantamisessa. WHO nähdään erityisluontoisena kansainvälisenä legitiiminä toimijana, mutta näkemykset järjestön asemasta terveyden globaalihallinnasta eroavat. BRICS-

maat kannattavat WHO:n johtavaa roolia globaalien terveyden hallinnassa. WHO:n reformin²³ tukeminen nähdään tähän tehokkaana keinona. BRICS-maat kannattavat WHO:lle vahvempaa johtoasemaa operatiivisessa toiminnassa, ja toivovat jäsenmailta, erityisesti kehittyneiltä mailta, sitoutumista järjestön rahoitukseen (BRICS Health Ministers, 2011). BRICS-maat tukevat WHO:n auktoriteettia koordinoivana ja johtavana globaalien terveyden toimijana (BRICS Joint Communiqué, 2014). Ne näkevät WHO:lla tärkeän roolin muun muassa lääkkeiden saatavuuden parantamisessa, teknologian siirron edistämässä sekä heikkojen valtioiden terveyssektorien vahvistamisessa (BRICS Health Ministers, 2011).

EU sen sijaan tukee WHO:n johtajuutta normatiivisessa ja ohjeistavassa toiminnassa globaalien terveyden parantamiseksi (COM(2010)128, 6; Council Conclusions 2010, 3). EU:n mukaan terveyden globaalihallinta kumpuaa teoreettisesti WHO:n ohjeistuksista ja WHO:n huippukokouksen World Health Assemblyn (WHA) keskusteluista ja päätöslauselmista, mutta käytännössä suurin osa sen päätöksistä ei ole sitovia, ja suurin osa tärkeistä globaalien terveyden strategiaan liittyvistä aloitteista saa alkunsa G8-mailta (SEC(2010)382, 8). Näkemys WHO:n roolista EU:n ja BRICS-maiden välillä onkin mielenkiintoinen. Kun BRICS-maat pitävät WHO:ta tosiasiallisena globaalien terveyssektorin johtajana, EU:n mukaan WHO ei ole onnistunut ottamaan globaalien johtajan roolia:

Koordinaatio globaalilla tasolla on riittämätöntä, ja mitä todella tarvitaan, on johtajuutta. YK, ja erityisesti WHO, ei ole onnistunut täyttämään tätä tehtävää kasvavan keskinäisriippuvuuden ja monenvälisyyden aikakaudella. Yksityinen sektori ja ei-valtiolliset organisaatiot ovat alkaneet täyttää tyhjiötä sillä tuloksella, että globaalilla terveydellä (käsitteenä, tavoitteena ja toiminnan välineenä) ei ole tällä hetkellä selkeää määritelmää tai suuntaa.²⁴

²³ WHO:n reformi on pitkä, noin kymmenen vuotta kestänyt prosessi, jossa organisaatiota on pyritty muokkaamaan vastaamaan paremmin 2000-luvun haasteisiin. Keskustelu uudistuksesta liittyi aluksi vain organisaation rahoitukseen, mutta sittemmin reformivaatimukset ovat laajentuneet koskemaan myös organisaation rakennetta, johtamista ja koordinoitua.

²⁴ Coordination is insufficient at global level and what is really needed is leadership. The UN, and particularly WHO, has not been able to fill this role in an era of increased interdependence and multilateralism. The private sector and NGOs have moved in to fill a vacuum with the result that global health (as a notion, objective, and tool of action) now lacks clear definition and direction. (SEC(2010)380, 5.)

Yhteenveto johtajuuden solmukohdasta

Johtajuuden solmukohta avaa diskursseja liittyen johtajuuteen, yhteistyöhön ja legitiimeihin toimijoihin. Aineistosta on selvästi huomattavissa, että EU näkee johtajuuden kriittisempänä terveyden globaalihallinnan ongelmana kuin BRICS-maat. EU:lla ja BRICS-mailla on myös hyvin eriävät käsitykset siitä, kuka terveyden globaalihallintaa johtaa, ja kenen sitä pitäisi johtaa. EU:n mukaan globaalien terveyden kentällä vallitsee johtotyhjiö, joka vaikuttaa negatiivisesti globaalien terveyden hallintaan. Tästä syystä se legitimoitui toimiaan ja suunnitelmiaan vahvistaa omaa asemaansa globaalien terveyden johtajana. EU määrittelee johtajuutta BRICS-maita aggressiivisemmin oman intressinsä mukaisesti. Sen mukaan globaali terveys on tällä hetkellä kriittisessä tilassa. BRICS-maat sen sijaan ovat melko tyytyväisiä tämänhetkiseen globaalihallinnan johtajuuden tilaan. Ne eivät pyri suuriin muutoksiin hallinnan kentällä johtajuuteen liittyen, eikä niiden tuottamasta aineistosta käy ilmi viittauksia johtotyhjiöön. Huomionarvoista on myös se, että BRICS-maat eivät missään vaiheessa pyri merkityksellistämään itselleen johtajan asemaa.

Toimijoiden näkemykset yhteistyöstä ovat erilaiset, ja se vaikuttaa siihen, miten johtajuutta määritellään yhteistyön kautta. EU näkee yhteistyön keinona parantaa omaa asemaansa tulevaisuuden globaalien terveyden johtajana, kun taas BRICS-maat painottavat yhteistyötä keinona parantaa globaalia terveyttä ja terveystalouden saatavuutta. Alueellinen yhteistyö on tärkeän globaalien terveyden hallinnan parantamisen keinona BRICS-maiden mukaan. Ne näkevät oman yhteistyönsä parantavan globaalien terveyden tilaa sekä alueellisesti että globaalisti. BRICS-maat kannattavat kuitenkin EU:hun verrattuna selvästi valtiokeskeisempää lähestymistapaa globaalien terveyden hallintaan.

Johtajuuden solmukohta toimii avaajana keskusteluun legitiimeistä toimijoista. Yksityisten yritysten roolin nähdään valtavirtaistuneen globaalihallinnan kentällä, ja molemmat toimijat näkevät yksityisen sektorin keskeisenä terveyden globaalihallinnan toimijana. Yksityisen sektori nähdään tärkeänä teknologian ja innovaatioiden edistämiseksi. Molemmat näkevät myös julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuksien, kuten Global Fundin ja Gavin, roolin globaalihallinnan kentällä korvaamattomina, vaikka ne ovatkin lisänneet toimijakentän fragmentaatiota.

Molemmat toimijat pitävät myös kansainvälisiä järjestöjä tärkeinä globaalien terveyden toimijoina. Näkemykset erityisesti WHO:n roolista eriävät kuitenkin paljon. BRICS-maat

näkevät WHO:n globaalien terveyden johtajana ja haluavat vahvistaa järjestön asemaa. Ne tukevat WHO:n hallitustenvälistä luonnetta ja pyrkivät monenkeskiseen ei-hierarkkiseen päätöksentekoon, jossa ei ole yksittäisiä dominoivia toimijoita. BRICS-maiden mukaan WHO johtaa globaalien terveyden hallintaa ja se on tyytyväinen organisaation johtorooliin. EU sen sijaan on tyytymätön WHO:n kyvyttömyyteen ratkaista globaalien terveyden ongelmia ja kannattaa järjestölle ainoastaan normatiivisen johtajan roolia. Sen sijaan EU pyrkii rakentamaan itsestään globaalien terveyden tosiasiallista johtavaa toimijaa.

Hallinnan keinojen näkökulmasta johtajuuden solmukohta antaa uuden näkökulman globaalien terveyden järjestämiseen monitasohallinnan keinoin. EU:n malli globaalien terveyden hallinnan parantamiseksi on monitasoinen ja hierarkkinen järjestelmä, jossa operatiivinen johtajuus on EU-tasolla. Kansainvälisellä tasolla, jossa toimivat instituutiot kuten YK, WHO ja WTO, tapahtuu sääntöjen ja normien luominen. Kansallinen taso on toimeenpaneva taso, johon liittyy erityisesti terveysjärjestelmien vahvistaminen ja rahoitus. Yksityisten toimijoiden roolina on niin ikään rahoitus, mutta myös yksittäisten ohjelmien toimeenpano, tutkimus ja kehitys sekä innovointi. BRICS-malli poikkeaa tästä EU:n hierarkkisesta mallista. BRICS-maille ideaali globaalien terveyden hallinnan malli muistuttaa enemmän toisen tyyppin monitasohallintaa eli niin sanottua polysentristä mallia. Siinä toimijoita on suuri määrä ja niillä on risteävät mandaatit. Hallinnan tosiasiallisen ja operatiivisen johtajan paikan nähdään kuuluvan monenväliselle WHO:lle.

| HALLINNAN ONGELMA | MITEN ONGELMAA MÄÄRITELLÄÄN? | MIKÄ NÄHDÄÄN RATKAISUNA ONGELMAAN? |
|-------------------------|---|--|
| Rakenteen kompleksisuus | <p>EU: toimijoiden suuri määrä, rahoituksen hajanaisuus, tehottomuus</p> <p>BRICS: politiikan alojen ristiriitaisuus, TRIPS-sopimuksen vaikutukset</p> | <p>EU: toimijakentän harmonisointi, terveysjärjestelmien vahvistaminen, Health in All Policies, rahoituksen horisontalisointi</p> <p>BRICS: politiikanalojen harmonisointi, terveysjärjestelmien vahvistaminen</p> |
| Oikeudenmukaisuus | <p>EU: sosiaalinen oikeudenmukaisuus, köyhyys, lääkkeiden saatavuus</p> <p>BRICS: oikeus terveyteen, lääkkeiden saatavuus, TRIPS-sopimuksen vaikutukset, immateriaalioikeudet, pohjoinen-etelä - epätasapaino</p> | <p>EU: terveysjärjestelmien vahvistaminen, TRIPS-sopimuksen joustavuudet, tutkimus ja innovaatiot</p> <p>BRICS: alueellisen yhteistyön lisääminen, TRIPS-sopimuksen joustavuudet, teknologian siirto</p> |
| Johtajuus | <p>EU: johtotyhjiö, WHO:n roolin epäselvyys, koordinaation puute</p> <p>BRICS: WHO:n johtajan rooli, kehitysmaiden tukeminen</p> | <p>EU: EU globaalin terveyden operatiivinen johtaja ja WHO normatiivinen johtaja, EU:n poliittisen mallin levittäminen, kansainvälisen yhteistyön lisääminen</p> <p>BRICS: WHO globaalin terveyden hallinnan tosiasiallinen johtaja, alueellisen yhteistyön lisääminen</p> |

Taulukko 1. Analyysin tulokset.

5. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen lähtökohdaksi otettiin normatiivinen lähestymistapa globaaliin terveyteen. Tutkimuskysymysten mukaisesti tavoitteena oli selvittää, minkälaisia ongelmia EU ja BRICS-maat näkevät globaalin terveyden hallinnassa, miten ne määrittelevät näitä ongelmia ja minkälaisia ehdotuksia niillä on hallinnan parantamiseksi. Lisäksi tavoitteena oli selvittää, näkevätkö EU ja BRICS-maat monitasohallinnan toimivana tapana järjestää globaalin terveyden hallinta.

Aineistosta nousi molempien toimijoiden osalta pitkälti saman tyyppisiä näkemyksiä globaalin terveyden ongelmista, mutta näkemykset ongelmien luonteesta, laajuudesta ja mahdollisista ratkaisukeinoista ovat kuitenkin eriävät. Näistä ongelmista muodostuivat analyysin diskursiiviset solmukohdat: rakenteen kompleksisuus, oikeudenmukaisuus ja johtajuus. Sekä EU että BRICS-maat puhuvat toistuvasti globaalin terveyden hallinnan kompleksisesta ja hajanaisesta rakenteesta, toimijoiden suuresta määrästä ja siitä, kuinka globaalin terveyden hallinta ulottuu myös muille politiikan sektoreille. Tämän rakenteen kompleksisuuden solmukohdan ympärille liittyvät myös toistuvat maininnat globaalihallinnan fragmentaatiosta. EU:n keskeinen tavoite vahvistaa kansallisia terveysjärjestelmiä ja muokata rahoitusmallia vertikaalisesta horisontaaliseen. BRICS-maat sen sijaan pyrkivät vähentämään päällekkäisyyksiä eri politiikan alojen kesken ja painottavat erityisesti terveyteen liittyvien asioiden huomioimista kauppapolitiikkaan liittyvässä päätöksenteossa.

Toisena keskeisenä haasteena sekä EU että BRICS-maat näkevät globaalin terveyden epätasa-arvoisen tilan. Tähän oikeudenmukaisuuden solmukohtaan liittyvät tiiviisti ihmisoikeusperustaisuus eli oikeus terveyteen ja keskustelu lääkkeiden saatavuudesta. Solmukohdan taustalla on nähtävissä vahvoja intressejä ja ideologioita sekä EU:lla että BRICS-mailla. EU:n argumentoinnin pohjalla näkyy huoli sosiaalisesta epätasa-arvosta ja köyhyydestä. BRICS-maat sen sijaan näkevät köyhyyden moraalisenä ongelmana. Toisaalta EU haluaa olla turvaamassa teollisuusmaiden vahvoja lääkkeiden patenttioikeuksia, kun taas erityisesti Intia ja Brasilia puolustavat oikeuttaan valmistaa edullisia geneerisiä lääkkeitä kehittyvien maiden markkinoille. Patenttioikeudet ja lääkkeiden saatavuus, oikeus terveyteen ja ihmisoikeusperustaisuus sekä valtion suvereniteetti saavat uusia merkityksiä oikeudenmukaisuuden solmukohdassa.

Aineiston kolmas diskursiivinen solmukohta on johtajuuden solmukohta. Siihen kietoutuu aineistossa toistuva keskustelu yhteistyöstä, vallan jakautumisesta sekä legitiimeistä toimijoista. Tähän solmukohtaan liittyy myös keskustelu johtotyhjiöstä ja sen täyttämisestä sekä alueellisesta ja kansainvälisestä yhteistyöstä. EU painottaa oman johtoasemansa vahvistamista ja kannattaa WHO:lle ainoastaan normatiivisen johtajan roolia. BRICS-maat sen sijaan ajavat WHO:n tosiallisen ja operatiivisen johtajan roolia, painottavat oman keskeisen yhteistyönsä lisäämistä ja eteläisen pallonpuoliskon maiden keskinäistä yhteistyötä.

Monitasohallinta näyttäytyy toimivana globaalihallinnan keinona sekä EU:n että BRICS-maiden osalta. Molempien toimijoiden ideaaleissa hallinnan malleissa on piirteitä sekä ensimmäisen tyyppin että toisen tyyppin monitasohallinnasta. Euroopan unioni on itse malliesimerkki monitasohallinnan järjestämisestä. EU pitääkin unionin omaa hallinnollista malliaan hyvänä esimerkkinä myös sovellettavaksi globaalien terveyden hallintaan. Aineistosta nousee Hooghen ja Marks (2003, 2003) määrittelemien monitasohallinnan molempien tyyppien mukaisia ehdotuksia hallinnan parantamiseksi. Ensisijaisesti EU pyrkii viemään globaalien terveyden hallintaa kohti ensimmäisen tyyppin mukaista monitasohallintaa, jossa toimijat määrättyillä eri hallinnan tasoilla toimivat yhdessä globaalien terveyden parantamiseksi. EU:n tavoitteena on systeemipohjainen järjestelmä, joka ei pohjaudu yksittäisten sairauksien parantamiseen. Globaalien terveyden hallinta tapahtuu kansainvälisellä tasolla, EU-tasolla, paikallisella tasolla sekä yksityisten toimijoiden keskuudessa, ja kaikilla hallinnan tasoilla on omat tehtävänsä. EU:n näkökulmasta ainoastaan kansainvälisen yhteistyön syventäminen ja toimijakentän harmonisointi voi johtaa parempaan globaalien terveyden hallintaan.

BRICS-maiden näkemystä hallinnon parhaasta järjestämisestä kuvaa sen sijaan enemmän toisen tyyppin monitasohallinta, jossa valtiot, järjestöt, yritykset ja muut lukemattomat toimijat toimivat ei-hierarkkisessa joustavassa järjestelmässä. Tosin BRICS-maiden osalta aineistosta nousee kuitenkin vahva hallitustenvälisyyden ja valtiokeskeisyyden sekä alueellisen yhteistyön painotus. BRICS-maiden mukaan keskeinen keino parantaa globaalien terveyden hallintaa on huomioida terveys myös niillä politiikan aloilla, joilla tehdään terveyteen liittyviä päätöksiä. BRICS-maat eivät pyri syventämään terveyden globaalihallintaa luovuttamalla suvereniteettiaan enempää. Alueelliseen yhteistyöhön liittyy keskeisesti ajatus eteläisen pallonpuoliskon valtioiden yhteistyöstä ja BRICS-maiden keskeisestä tiiviimmästä kanssakäymisestä, joka toimiessaan hyödyttää myös vähiten kehittyneitä maita.

Poststrukturalistinen diskurssianalyysi on hyvä menetelmä, kun halutaan tutkia toimijoiden vastakkaisia näkemyksiä ja määrittelykamppailuita. Tässä tutkimuksessa selvisi, että vaikka EU ja BRICS-maat puhuvat samoista globaalien terveyden hallintaan liittyvistä ongelmista, näkemykset ongelmien laajuudesta, syistä ja seurauksista ovat hyvin erilaiset. Mikolan ja Häikiön (2014, 74) mukaan onkin tavallista, että määrittelykamppailut ovat hienovaraisia ja saattavat päälle päin näyttää jopa yksimielisyydeltä, koska keskustelussa käytetään samoja käsitteitä. Solmukohdissa toimijat pyrkivät kuitenkin vakiinnuttamaan oman tulkintansa hegemoniseksi ja muiden toimijoiden tavoitteista erillisiksi. Tutkimuksessa selvisi, että päällisin puolin EU:n ja BRICS-maiden tavoitteena on hyvin samankaltainen globaalien terveyden järjestelmä: järjestelmä, jossa on vahva johtaja ja muilla on toimijoilla selkeät roolit, jotka eivät kamppaile keskenään, sekä järjestelmä, joka on oikeudenmukainen ja jossa kaikkien oikeus hoitoon ja lääkkeisiin on turvattu.

Huomionarvoista on myös se, että EU:n ja BRICS-maiden erilaisista luonteista huolimatta molemmat näkevät globaalihallinnan ainoana keinona ratkaista globaaliin terveyteen liittyvät ongelmat. Globaalihallinnan hegemoninen diskurssi siis toistuu myös terveyssektorilla. Vaikka erityisesti BRICS-maat näkevät kansallisvaltioiden roolin ja suvereniteetin tärkeänä, nekään eivät usko, että valtiot pystyisivät ratkaisemaan globaaliin terveyteen liittyviä ongelmia ainoastaan kansallisella tasolla. Ulrich Brandin (2005) esittämä näkemys globaalihallinnan diskurssin houkuttelevuudesta ja vaihtoehdottomuudesta pätee siis myös BRICS-maiden keskuudessa, sillä monista globalisaation aiheuttamista haitoista huolimatta ne kuitenkin näkevät myös hyötyvänsä globalisaatiosta esimerkiksi avautuvien markkinoiden ja teknologian siirron kautta. Mainittakoon myös mielenkiintoinen yksityiskohta siitä, mikä jää aineistossa tyystin huomiotta molempien toimijoiden osalta, nimittäin kansalaisjärjestöt. Kumpikaan ei näytä pitävän kansalaisjärjestöjen roolia merkittävä globaalien terveyden edistämässä. Ruohonjuuritason järjestötoiminta jääkin aineistossa täysin piileväksi diskurssiksi globaalien terveyden hallinnassa.

Tämä tutkimus täydentää kansainvälisen politiikan kehityskysymysten tutkimuksen puolta ja tuo kontribuutionsa siihen pieneen määrään tutkimuksia, joita globaalista terveydestä on kansainvälisen politiikan tutkimuksen parissa tehty. Terveyden tutkiminen tulee olemaan kansainvälisen politiikan ja kehitystutkimuksen tutkijoiden parissa yhä keskeisemmässä asemassa tulevaisuudessa, kun YK:n kestävä kehityksen tavoitteiden vaikutuksia voidaan alkaa

tutkia tarkemmin. Tutkimus herättää useita mielenkiintoisia jatkokysymyksiä. Se ohjaa tutkimaan WHO:n roolin muuttumista tulevaisuudessa. Muuttuuko vahvojen ja vanhojen kansainvälisten instituutioiden rooli yritysten ja yksityisen ja julkisen sektorin kumppanuuksien kasvattaessa vaikutusvaltaansa? Tutkimus herättää myös kysymyksen siitä, minkälaiseksi kansallisvaltioiden rooli globaalihallinnan kentällä muotoutuu tulevaisuudessa. Kiinnostavaa on myös seurata, mihin suuntaan EU:n toimijuus globaalien terveyden kentällä kehittyä – onnistuuko se kasvattamaan valta-asemaansa ja vahvistamaan johtajuusaseman globaalien terveyden kentällä? BRICS-mailla on oikeastaan kaksi vaihtoehtoa jatkaa yhteistyötään: joko tiivistää yhteistyötä myös sosiaalisella sektorilla yhä enemmän ja nostaa toimijuutensa samalle tasolle G8- ja G20-huippukokousten kanssa, tai keskittyä jatkossa ainoastaan taloudellisen yhteistyön tiivistämiseen. BRICS-maiden roolin kehittymisen seuraaminen tulevaisuudessa on erityisen mielenkiintoista, sillä alueen poliittinen ja taloudellinen vaikutusvalta kasvaa väijäämättä tulevaisuudessa.

LÄHTEET

TUTKIMUSAINEISTO

Euroopan komissio (2010) ,*The EU Role in Global Health*. COM(2010)128.

Euroopan komissio (2010), *Global health – responding to the challenges of globalisation*. SEC(2010)380.

Euroopan komissio (2010), *European research and knowledge for global health*. SEC(2010)381.

Euroopan komissio (2010), *Contributing to universal coverage of health services through development policy*. SEC(2010)382.

Euroopan komissio (2014),*Trade, growth and intellectual property - Strategy for the protection and enforcement of intellectual property rights in third countries*. COM(2014)389.

Euroopan komissio (2016), *Access to Medicines: EU global health actions for low- and middle-income countries*.

Euroopan unionin neuvosto (2010), *Council conclusions on the EU role in Global Health*.

Communiqué of the I Meeting of BRICS Health Ministers. Peking, Kiina. 11.6.2011.

Communiqué of the II Meeting of BRICS Health Ministers. New Delhi, Intia. 11.1.2013.

Communiqué of the III Meeting of BRICS Health Ministers. Cape Town, Etelä-Afrikka. 7.11.2013.

Communiqué of the V Meeting of BRICS Health Ministers. Moskova, Venäjä. 30.10.2015.

Joint Communiqués of the BRICS Member States on Health, 2012–2016.

Joint Statement of the BRIC Countries Leaders. Jekaterinburg, Venäjä. 16.6.2009.

Joint Statement of the BRICS Countries Leaders. Sanya, Hainan, Kiina. 14.4.2011.

Joint Statement of the BRIC Countries Leaders. Ufa, Venäjä. 9.7.2015.

Joint Statement of the BRIC Countries Leaders. Goa, Intia. 16.10.2016.

KIRJALLISUUS

Beaglehole, Robert & Ruth Bonita (2010), "What is global health?", *Global Health Action* 3, 10.3402/gha.v3i0.5142.

Bierman et al. "The Fragmentation of Global Governance Architectures: A Framework for Analysis", *Global Environmental Politics* 9:4, 14–40.

Brand, Ulrich (2005), "Order and regulation: Global Governance as a hegemonic discourse of international politics?", *Review of International Political Economy* 12:1, 155–176.

Brown, Theodore M. et al. (2006) "The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health", *American Journal of Public Health* 96:1, 62–72.

Bull, Hedley (1977), *The Anarchical Society: A Study of Order in World Politics*. Basingstoke: Palgrave 2002.

Cullet, Philippe (2007), "Human Rights and Intellectual Property Protection in the TRIPS Era", *Human Rights Quarterly* 29:2, 403–430.

De Cock, Kevin M. et al. (2013), "The New Global Health", *Emerging Infectious Diseases*, 19(8): 1192–1197.

De Leeuw, Evelyne et al. (2013), Emerging theoretical frameworks for global health governance. Teoksessa Clavier, Carole & Evelyne De Leeuw (toim.), *Health Promotion and the policy process*, 104–130. Oxford: Oxford University Press.

Dingwerth, Klaus & Philipp Pattberg (2006), "Global Governance as a Perspective on World Politics", *Global Governance*, 12:185–203.

Emmerling, Thea & Julia Heydemann (2013), The EU as an Actor in Global Health Diplomacy. Teoksessa Kickbush, Ilona et al. (toim.), *Global Health Diplomacy. Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*, 223–244. New York: Springer.

Erk, Christian (2011), *Health, Rights and Dignity. Philosophical Reflections on an Alleged Human Right*. Frankfurt: Ontos Verlag.

Eurostat (2017), "EU population up to almost 512 million at 1 January 2017". Eurostat news release 10.7.2017. Saatavissa: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8102195/3-10072017-AP-EN.pdf/a61ce1ca-1efd-41df-86a2-bb495daabdab>, luettu 26.1.2018.

Fairclough, Norman (1992), *Discourse and Social Change*. Cambridge: Blackwell Publishers Inc.

Fidler, David P. (2010), *The Challenges of Global Health Governance*. The Council on Foreign Relations Working Paper. Saatavissa: <https://www.cfr.org/report/challenges-global-health-governance>, luettu 23.11.2017.

Finkelstein, Lawrence S. (1995), "What is Global Governance?", *Global Governance* 1:3, 367–372.

Forman, Lisa (2014), A Rights-Based Approach to Global Health Policy: What Contribution Can Human Rights Make to Achieving Equity? Teoksessa Brown, Garret W., Gavin Yamey & Sarah Wamala (toim.), *Handbook of Global Health Policy*. 459–481. Chichester: Wiley-Blackwell.

Garmon, Cecile W. (2002), "Intellectual Property Rights. Protecting the Creation of New Knowledge Across Cultural Boundaries", *American Behavioral Scientist* 45:7, 1145–1158.

Haarmann, Pirkko-Liisa & Marja-Leena Mansala (2012), *Immateriaalioikeuden perusteet*. Helsinki: Talentum.

Hooghe, Liesbet & Gary Marks (2003), "Unraveling the Central State, but How? Types of Multi-level Governance", *The American Political Science Review* 97:2, 233–243.

Hooghe, Liesbet & Gary Marks (2004), Contrasting Visions of Multi-level Governance. Teoksessa Bache, Ian & Matthew V. Flinders (toim.), *Multi-level Governance*, 15–30. Oxford: Oxford University Press.

Howarth, David & Yannis Stavrakakis (2000), Introducing Discourse theory and political analysis. Teoksessa Howarth, David, Aletta J. Norval & Yannis Stavrakakis (toim.), *Discourse theory and political analysis*. Manchester: Manchester University Press.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2014), Flows of Global Health Financing. Saatavissa: <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>, luettu 21.11.2017.

Jokinen Arja, Kirsi Juhila & Eero Suoninen (1993), *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino.

Jokinen Arja, Kirsi Juhila & Eero Suoninen (1999), *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino.

Jørgensen, Marianne & Louise J. Phillips (2011), *Discourse Analysis as Theory and Method*. Lontoo: Sage.

Kauppinen, Ilkka (2008), *Tiedon omistaminen on valtaa: globalisoituvan patenttijärjestelmän poliittinen moraalitalous ja globaali kapitalismi*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kazancigil, Ali & Pierre de Senarclens (2007), *Regulating Globalization: Critical Approaches to Global Governance*. Tokio: United Nations University Press.

Kickbusch, Ilona (2006), "Mapping the future of public health: action on global health", *Canadian Journal of Public Health*, 97: 6–8.

Koplan, Jeffrey P. et al. (2009), "Towards a common definition of global health", *Lancet*, 373: 1993–1995.

Krasner, Stephen D. (1982), "Structural causes and regime consequences: regimes as intervening variables", *International Organization*, 36(2): 185–205.

Laclau, Ernesto & Chantal Mouffe (1985), *Hegemony & Socialist Strategy. Towards A Radical Democratic Politics*. London: Verso.

Leon, Joshua K. (2015), *The Rise of Global Health: The Evolution of Effective Collective Action*. Albany: SUNY Press.

Lieberman, Evan S. (2009), *Boundaries of Contagion: How Ethnic Politics Have Shaped Government Responses to AIDS*. Princeton: Princeton University Press.

Marks, Gary (1993), Structural Policy and Multilevel Governance in the EC. Teoksessa Cafruny, Alan W. & Glenda G. Rosenthal (toim.), *The State of the European Community*, 391–411. New York: Lynne Rienner,

McKee, Martin et al. (2014), "BRICS' role in global health and the promotion of universal health coverage: the debate continues", *Bulletin of the World Health Organization* 92:452-453.

Mikola, Elina & Liisa Häikiö (2014), Merkitysten muodostuminen politiikkaprosesseissa: Päästökaupan kansalliset kamppailut ja tarinalinjat. Teoksessa Häikiö, Liisa & Helena Leino (toim.), *Tulkinnan mahti. Johdatus tulkitsevaan politiikka-analyysiin*, 56–83. Tampere: Tampere University Press.

Mittelman, James H. (2010), "Crisis and Global Governance: Money, Discourses, and Institutions." *Globalizations* 7:1–2, 157–172.

Preda, Adina (2012), Is There a Human Right to Health? Teoksessa Lenard, Patti Tamara & Christine Straehle (toim.), *Health Inequities and Global Justice*, 17–33. Cambridge: Cambridge University Press.

Raustiala, Kal & David G. Victor (2004), "The Regime Complex for Plant Genetic Resources". *International Organization* 58, 277–309.

Ribeiro, Gustavo Lins (2015), *Social, Political and Cultural Challenges of the BRICS*. Sao Paulo: ANPOC.

Rosenau, James N. (1992), Governance, order, and change in world politics. Teoksessa Rosenau, James N. & Ernst-Otto Czempiel (toim.), *Governance Without Government: Order and Change in World Politics*, 1–39. Cambridge: Cambridge University Press.

Rosenau, James N. (1995), "Governance in the Twenty-first Century", *Global Governance*, 1: 13–43.

Ruckert, Arne & Ronald Labonté (2014), "The global financial crisis and health equity: Early experiences from Canada", *Globalization and Health* 10:2.

Röhren, Charlotte (2017), "Why China Could be a Game Changer for Global Health". *The Diplomat*, 22.4.2017. Saatavissa: <https://thediplomat.com/2017/04/why-china-could-be-a-game-changer-for-global-health/>, luettu 21.11.2017.

Scholte, Jan Aart (2008), "Defining Globalization". *The World Economy* 11:31, 1471–1502.

- Sell, Susan K. (2003), *Private Power, Public Law*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sterckx, Sigrid (2004), "Patents And Access To Drugs In Developing Countries: An Ethical Analysis", *Developing World Bioethics* 4:1, 58–75.
- Sundaram, Jae (2015), "Access to medicines and the TRIPS Agreement: what next for sub-Saharan Africa?", *Information & Communications Technology Law* 24:3, 242-261.
- Toebe, Brigit (1999), "Towards an Improved Understanding of the International Human Right to Health". *Human Rights Quarterly* 21:3, 661–679.
- WHO (2005), Access to Medicines: Intellectual property protection: impact on public health. *WHO Drug Information* 19:3.
- WHO (1999), Globalization and Access to Drugs: Perspectives on the WTO TRIPS Agreement, EDM Series No. 7. Saatavissa <http://www.who.int/medicines/areas/policy/who-dap-98-9rev.pdf?ua=1>, luettu 26.1.2016.
- Weiss, Thomas G. (2000), "Governance, good governance and global governance: conceptual and actual challenges", *Third World Quarterly* 21:5, 795–814.
- Williams, Owain David & Simon Rushton (2011), Private Actors in Global Health Governance. Teoksessa Rushton, Simon & Owain David Williams (toim.), *Partnerships and Foundations in Global Health Governance*, 1–25. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Wilson, Paul & Aarthi Rao (2014), India's Role in Global Health R&D. Results for Development Institute. Saatavissa: <http://www.r4d.org/wp-content/uploads/R4D-Indias-Role-in-Global-Health-RD-Final.pdf>, luettu 17.11.2017.
- Xiong, Ping (2012), *An International Law Perspective on the Protection of Human Rights in the TRIPS Agreement*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers.
- Zürn, Michael (2012), Global Governance as Multi-Level Governance. Teoksessa David Levi-Faur (toim.), *The Oxford Handbook of Governance*, 730–744. Oxford: Oxford University Press.

KANSAINVÄLISET SOPIMUKSET

- Euroopan unionin toiminnasta tehdyn sopimuksen konsolidoitu toisinto. EUVLC 326, 26.10.2012.
- Yhdistyneet kansakunnat (1945), Peruskirja. 24.10.1945.
- Yhdistyneet kansakunnat (1948), Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus. 10.12.1948.
- YK (1976), Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus. 3.1.1976.

YK (2000), CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). E/C.12/2000/4, 11.8.2000.

WHO (2014), Basic Documents. 48th Edition. 7.4.1948.

INTERNET

Avert (2017), HIV and AIDS in Russia. Saatavissa <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/eastern-europe-central-asia/russia>, luettu 21.11.2017.

Euroopan komissio (2017), Public Health. https://ec.europa.eu/health/eu_world/global_health_en, luettu 21.11.2017.

UNAIDS (2017), South Africa. <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/southafrica>, luettu 11.10.2017.

WHO (2016), Essential medicines and health products. WHO and the TRIPS Agreement. Saatavissa http://www.who.int/medicines/areas/policy/wto_trips/en/, luettu 25.1.2016.

WHO (2016a), Media Centre. Human Rights and Health. Saatavissa <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>, luettu 12.2.2016.

WHO (2017), Health Systems. Universal Health Coverage. Saatavissa http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/, luettu 11.10.2017.