

DOSYA/DERLEME

AŞI VE ULUSLARARASI ÖRGÜTLER

Ummahan YÜCEL*, Meral TÜRK**

Özet

Bağışıklama, pek çok hastalığa karşı korunmada en etkili, en ucuz, uygulanması kolay, riski düşük olan, en başarılı halk sağlığı uygulamalarından biridir. Aşılama hizmetlerinin başarısı, sürekliliğine ve kapsayıcılığına bağlıdır. Daha önceleri bağışıklama konusunda kapsayıcılığın artırılmasına yapılan vurgu, yerini yeni aşıların kullanılması vurgusuna bırakmıştır. Bu bir niyet olmanın dışında aşı üreticisi şirketlere kazandıracığı kar nedeni ile sistemli ve kararlı yürütülmesi "gereken" bir plandır. Bu, bağışıklama hedeflerinin değişmesi ve aşı maliyetlerinin artması anlamına gelmektedir. Bağışıklama hedefleri ise ulusal politikalarla değil, uluslar arası kuruluşlarca belirlenmektedir. Aşı politikaları, yeni aşıların üretiminin gerekliliği, satın alınması ve ülkelerde kullanımı için alıştırmaya sürecinde maliyetinin karşılanmasında önemli aktörler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Aşı ve Bağışıklama için Küresel Birlik (Global Alliance For Vaccines And Immunization-GAVI) ve bu aktörlerin hedeflerini, stratejileri yansıtan Küresel Bağışıklama Vizyon ve Stratejisi (Global Immunization Vision And Strategy -GIVS)'dir. DSÖ çeşitli grup ve raporları ile özellikle yeni üretilen aşıların toplum sağlığı yararına olduğu konusunda güven yaratma, belli aşıların zararları konusunda ortaya atılan iddialara yanıt verme ve savunuculuk yapma görevi ile aşıların sosyal pazarlamasına önemli katkı yapmaktadır. GAVI'nin diğer önemli ortağı UNICEF'in ise ihale sistemi ve aşı satın alma mekanizmaları ile aşı pazarının, üreticiler için cazip halini korumada önemli rolü vardır. GAVI çatısı altında toplanmış olan aktörlerin faaliyetleri incelendiğinde toplumsal değeri olan bağışıklama hizmetlerinin çocuk sağlığı ve toplum sağlığı için mi yoksa aşı üretiminden kar elde etme amacıyla olan şirket sahiplerine mi hizmet ettiği açıkça görülmektedir. Bu kararlar, GAVI ile, özellikle bağışıklama hizmetlerine en fazla gereksinimi olan yoksul ülkelerin yoksul çocukları üzerinden elde edilmektedir. Bu makalede, DSÖ, UNICEF gibi uluslar arası örgütlerin bağışıklama hizmetlerindeki güncel durumu, birer aktörü oldukları GAVI'nin yapısı ve faaliyetleri incelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Bağışıklama, Uluslararası Örgütler, GAVI

*Uzm. Ebe., Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

**Doç.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Vaccination and International Organization

Abstract

Vaccination is one of the most successful public health applications being most effective against many diseases, the cheapest, the easiest one to be applied and having low risk. The success of vaccination services depends upon its continuity and coverage. The emphasis carried out to develop coverage of immunization has given its place to new vaccinations to be used. It is a plan that must be conducted in a systematic and determined way apart from an intention owing to its profit which will allow vaccination producer firms to gain. It means that targets for immunization will change and costs of vaccination will increase. Immunization targets are determined by international organizations not by national politics. The significant factors to meet costs during practice period for vaccination politics, the necessity of new vaccines' production, their purchase and use in other countries are WHO, UNICEF, GAVI and GIVS reflects these actors' aims and strategies. WHO with its various organizations and reports makes a major contribution to build up trust in issues that newly produced vaccinations are helpful for community health and it has an important role in their social marketing via its advocacy mission to reply the claims that are related to hazards of vaccines. UNICEF being other substantial partner of GAVI has a vital role in bidding system and vaccine purchase mechanisms and also in vaccine market in protecting its conspicuous condition. When the activities of actors gathered under the roof of GAVI are examined, it is clearly seen whether immunization services having social value contribute to children's health and community health or firm owners aiming at gaining profit from vaccination production. The profits under discussion are derived with GAVI from poor children in underdeveloped countries which particularly need immunization services most. In this study, the current situation in immunization services of international organizations such as WHO, UNICEF, the structure of GAVI in which they are actors and their activities are intended to examine.

Key Words: Vaccination, International Organizations, GAVI

GİRİŞ

Bağışıklama, pek çok hastalığa karşı korunmada en etkili, en ucuz, uygulanması kolay, riski düşük olan, en başarılı halk sağlığı uygulamalarından biridir. Günümüzdeki aşı tanımına uyan ilk aşılama Jenner tarafından 1800'lü yıllara girerken gerçekleştirilmiştir. Aşılama ile ilgili teorik alt yapının oluşması içinse 100 yıl geçmesi gerekmiş, Pastör'ün çalışmaları, germ teorisi ile bu temel oluşturulmuştur. O günden zamanımıza gelişmeler hızlı bir ivme kazanmıştır. Aşıların kullanımı giderek artmış, ilk kitlesel polio bağışıklama programı 1954 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde uygulanmıştır. Bağışıklama, 1946 yılında halkların sağlığının, dünyada barış ve güvenliğin sağlanması açısından önemi göz önünde tutularak kurulan Dünya Sağlık Örgütü'nünde (DSÖ) gündemine yerleşmiştir. DSÖ, küresel aşılama girişimlerini örgütlemeye başlamış, 1955'te Sitma ve 1967'de Polio Eradikasyon Programını başlatmıştır.

Bu programlardan kazanılan deneyimler 1974 yılında tüm dünya çocuklarının aşılabilmesi amacıyla Genişletilmiş Bağışıklama Programını başlatmıştır. 1970'li yıllarda evrensel aşı kapsayıcılığında hızlı bir ilerleme görülmüştür. Bu ilerlemeler olurken dünyada da dinamikler değişmiş, DSÖ dışında farklı kuruluşlar bağışıklama hizmetlerinde söz sahibi olmaya başlamıştır. 1980'li yıllarda ilerleme yavaşlamış ve 1990'li yıllarda kapsayıcılığın artırılması üzerine yapılan vurgu, yerini yeni aşıların kullanımına bırakmıştır. Artık bağışıklama hedefleri ulusal politikalarla değil, uluslararası kuruluşlarca belirlenmekte, aşı politikaları, yeni aşıların üretiminin gerekliliği, satın alınması ve ülkelerde kullanımı için alıştırma sürecinde maliyetlerinin karşılanmasında; DSÖ, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Aşı ve Bağışıklama için Küresel Ortaklık (Global Alliance For Vaccines And Immunization - GAVI) ve bu

aktörlerin hedeflerini, stratejilerini yansıtan Küresel Bağışıklama Vizyon ve Stratejisi (Global Immunization Vision And Strategy -GIVS) etkin olmaktadır. Bugün uluslararası organizasyonların sağladığı bütçe ile gerçekleşen aşı alım maliyetlerinin bir kısmını ileride ulusal hükümetler karşılamak zorunda kalacaktır (Francis, 2010). DSÖ ve UNICEF tarafından yapılan analize göre 2006-2015 yılları arasında bu oran yaklaşık %40 civarlarında olacaktır (WHO, UNICEF, WB, 2009). Hangi ülkelerin aşı alımlarında destek alacağı ağırlıklı olarak GAVI tarafından belirlenmekte olup, süreç bu alımların giderek ulusal hükümetlere devredileceğini göstermektedir. Başlangıçta, kişi başı ulusal geliri 1.000 doların altında olan 72 ülke GAVI'nın kapsama alanında iken 2011'den itibaren yardıma esas teşkil eden kriter 1.500 Amerikan dolarına yükselmiştir. Her yıl bu kriterler güncellenmektedir (Clemens, 2010, WHO, UNICEF, WB, 2009). Ayrıca, finansal sürdürülebilirliğin sağlanması için GAVI'nin desteklediği tüm ülkelerin bağışıklama için kapsamlı çok-yıllık plan hazırlamaları gerekmektedir. Aynı zamanda, GAVI, 2007 yılında ülkelerin, yeni aşı maliyetlerini karşılamak için, giderek artan oranda ödeme yapmalarını gerektiren, yerel katkı payı sağlama yöntemlerinden biri olan eş-finansman sistemini uygulamaya geçirmiştir. Eş finansman, GAVI tarafından desteklenen etkinlikte harcanmak üzere, aşığı alan ülke tarafından taahhüt edilen nakdi katkıdır. 2008'in sonunda, 30 ülke pentavalan aşısı (DTP-Hepatit B-Hib), rotavirus aşısı ve pnömokok aşılarının ödenmesinde bu sistemi kullanmaya başlamıştır (WHO, UNICEF, WB, 2009).

Bütün bu "çalılara" rağmen hala her yıl yaklaşık on milyon çocuk ölümünün dörtte biri, aşı ile önlenebilir hastalıklardan olmaktadır. Bu yazının amacı bağışıklamada etkin uluslar arası kuruluşları bu çerçevede ele almaktır.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

DSÖ, 1974 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı'nı başlatarak, aşılanmanın özendirilip bağışıklama kapsayıcılığının yükseltilmesi, aşı üretimi ve etkinliği çalışmalarına destek vererek hastalıkların

kontrolünde önemli bir rol oynamıştır. 90'lı yıllara dek, DSÖ aşılardan sadece kapsayıcılığının sürdürülmesine değil aynı zamanda artırılmasına gereksinim olduğunu, 2000 yılına kadar %90 hedefi için aşılanmanın genişletilmesi gerektiğini vurgulamış, aşıya ulaşamayanların en yoksullar olduğu ve özel risklerinden dolayı aşılardan bunlar için özellikle yararlı olduğunu belirtmiştir (Hardon, 2001). Ancak, 90'lardan sonra bu çizgide kırılmalar olmuş ve hizmeti alamayanlara ulaşma üzerine yapılan vurgular azalmaya başlamıştır. Kurumlar polio eradikasyonu ve yeni aşılardan tanıtımı ve geliştirilmesi gibi seçici yaklaşımları benimsemiş, bağışıklama çabalarının beklenen sonuçları vermediği saptanmıştır: 2000 yılında altı geleneksel aşı için küresel kapsayıcılık %75'e, özellikle Afrika'da olmak üzere 19 ülkede difteri, tetanoz ve polio (DTP3) kapsayıcılığı da %50'nin altına, Nijerya'da %80'lerden %27'lere düşmüştür (Hardon, 2001). Sahra altı Afrika'da temel bağışıklama programında yer alan aşılarla ulaşamama nedenleri olarak motivasyon eksikliği ve aşılardan reddetme gibi nedenler ileri sürülmüş ve mevcut aşı takvimindeki aşılardan alımının teşvik edilmesi ve takvime yeni aşılardan eklenmesi için savunuculuk yapılmasının acil bir ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (Vaccines for Africa web sayfası, 2012). Henüz geleneksel aşılarla hedeflenen düzeyde ulaşamazken, yeni aşılardan aşı takvimine girmesinin hızlanması bu döneme denk gelmektedir. DSÖ, 2009 yılına kadar 109 üye ülkede difteri, tetanoz ve boğmaca aşılardan için üç doz bağışıklamanın %90'na ulaştığını; ancak 48 ülkede tüm bölgelerde kapsayıcılığın %80'de kaldığını açıklamıştır. Bunun nedenleri arasında sayılanlar yine sistem zayıflığından kaynaklanan hizmet yetersizliği, toplumsal farkındalığın düşüklüğü, korkular, aşılar hakkında olumsuz görüşler olmuştur. Çözüm olarak; hizmet kullanımının artırılması, sağlık hizmetlerine bağışıklamayı içeren müdahale paketlerinin entegre edilmesi, çocuk sağlığı günleri veya haftaları gibi bazı stratejiler geliştirilmesi önerilmiştir (WHO, 2011).

1990'lı yıllarda yaşanan bu kırılmalar DSÖ başkanının değiştiği döneme denk düşmektedir. Politikacı ve kamusal görüşü olmayan Brundtland, DSÖ başkanı seçildikten sonra kamu kuruluşları ile özel

sektörün işbirliği yaygınlaşmış ve Kamu-Özel Ortaklığı sayıları artarak, karlı hale gelen aşı pazarında ortaklar arası anlaşmazlıkların yaşanmaması için özel çabalar harcanmıştır. DSÖ, özel sektör ile etkileşimde kalkan görevi üstlenerek, girişimlerin toplum sağlığı yararına olduğu konusunda güven yaratmayı görev edinmiştir (**Aksakoğlu, 2003**). DSÖ'de toplum sağlığı, teknoloji veya hastalık odaklı yaklaşımlarla ilgili sosyal ve ekonomik yönelimler arasında gerginlik hep süregelmiştir. Birinin diğeri üzerindeki etkisi, zaman içinde uluslar arası aktörlerin ilgisine, önemli kişilerin entelektüel ve ideolojik taahhütlerine ve daha büyük güç dengelerine bağlı olarak artmış ya da azalmıştır. Bu faktörlerin tümü DSÖ'nün sağlık politikası oluşturma sürecini etkilemiştir (**Brown, 2006**).

DSÖ, GAVI'nin eş-kurucusu olduğunda, genel sağlık konularında liderlik yapan Birleşmiş Milletler'in (BM) uzman ajansı olarak küresel bağışıklamada rolünü bir uygulama ortağı olarak sürdüreceğini göstermiştir. DSÖ günümüzde bu rolünü, Aşılama, Aşı ve Biyoloji Bölümü (IVB) üzerinden araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunarak, standartlar oluşturup aşı kalitesini düzenleyerek ve aşılardan daha çok ülkeye ulaşması ve kullanımına yönelik rehberler oluşturarak gerçekleştirmektedir. Bu alanda DSÖ'nün yaptığı en temel iki uygulama GAVI destekli programlarda kullanılan tüm aşılardan teknik şartnameler ve ön yeterlilik kriterlerini oluşturmaktır (**WHO, 2011**). DSÖ, bağışıklama alanındaki etkinliklerini aşağıda sayılan grup ve belgeler üzerinden yürütmektedir:

DSÖ, bağışıklama konusunda üç ana grup üzerinden önerilerde bulunmaktadır (**Duclos, 2009**). Bu gruplar; 1) Stratejik Uzmanlar Danışma Grubu (SAGE- The Strategic Advisory Group of Experts), 2) Küresel Aşı Güvenliği Danışma Komitesi (GACVS- The Global Advisory Committee on Vaccine Safety), 3) Biyolojik Standardizasyon Uzman Komitesi (ECBS- The Expert Committee on Biological Standardization)'dir

1) Stratejik Uzmanlar Danışma Grubu (SAGE): 1999 yılından itibaren aşı ve bağışıklama alanına ilişkin politik ve stratejik önerilerde bulunan bir uzman grubudur. 2005 yılında GIVS hedeflerini

gerçekleştirmek için yeniden yapılandırılmıştır. SAGE, DSÖ'nün aşı pozisyon raporlarını da içeren politik tavsiyelerinin tümünü inceler ve onaylar. Hib aşısının küresel kullanımı ile ilgili DSÖ'nün kararlarının oluşturulmasında önemli bir rolü olmuş ve ülkelerin aşı takvimlerine Hib'in eklenmesine karar vermeleri sürecinde GAVI'nin çalışmalarını kolaylaştırmıştır. Geçtiğimiz birkaç yıl içinde, SAGE, DSÖ'ye konjuge pnömokok, rotavirus ve tifo aşılmasının kullanımı ile ilgili önerilerde bulunmuştur. Bu öneriler DSÖ'nün bu aşılardan ilgili pozisyon raporlarının geliştirilmesinde kullanılmıştır (**Duclos, 2009**). SAGE tarafından geliştirilen ve DSÖ tarafından kabul gördükten sonra rapor haline getirilen bu önerilerin ülkelerde uygulamaya girebilmesi için her ülkenin bu raporlardaki önerileri dikkate alması gerekir. Bunun için DSÖ Bağışıklama, Aşı ve Biyoloji Bölümü'nden Duclos, küresel politik tavsiyeleri ulusal politikalara dönüştürebilecek Ulusal Bağışıklama Teknik Danışma Komiteleri'nin kurulması/ güçlendirilmesi için gereken desteğin sağlanmasının DSÖ'nün önceliklerinden biri olduğunu belirtmiştir (**Duclos, 2009**).

2) Küresel Aşı Güvenliği Danışma Komitesi (GACVS): Küresel önemi olan aşı güvenliği sorunlarına en kısa zamanda yanıt vermek için 1999 yılında kurulmuştur. Bağımsız uzmanlardan oluştuğu bildirilen komite, doğrudan aşılama politikaları belirlememle birlikte, politika değişikliğine yol açabilecek aşı güvenliği ile ilgili bilimsel görüş bildirmektedir. Komitenin belli aşılardan zararları konusundaki ortaya atılan iddialara yanıt verme ihtiyacından doğduğu belirtilmiştir (**Duclos, 2009**). Komitenin ele aldığı konular arasında Hepatit B aşısı ile multipl skleroz arasında ileri sürülen bağlantı, aşı koruyucusu thiomersal ile otizm arasında iddia edilen ilişki, BCG ile aşı HIV pozitif çocuklarda BCG ile ilgili hastalık riskinin normalden yüksek olması, çoklu aşı uygulamasının çocukların bağışıklık sistemine aşırı yüklenme riski ve yeni lisans alan rotavirus aşılmasının güvenliği sayılabilir (**WHO, UNICEF, WB, 2009**). Komite, 7-8 Aralık 2011 tarihinde Cenevre'deki 25. toplantısında, Influenza A (H1N1) aşılmasının güvenliği, rotavirus aşılardan, gebelik ve emzirme döneminde aşı güvenliği, pazarlama

sonrası gözetim, Küresel Aşı Güvenliği Blueprint Uygulama konularını ele almıştır (WHO, 2012).

DSÖ, ayrıca, 2009 yılında ulusal bağışıklama programlarına yeni giren aşılardan pazar sonrası izlemi için küresel ağ kurmuştur (WHO, UNICEF, WB, 2009). 2010 yılında Küresel Bağışıklama Toplantısı'nda Küresel bağlılık kapsamında bağışıklama oturumunda aşıda kırılan kamu güveninin tekrar inşa edilmesi konusuna yer verilmiştir (WHO web sayfası, 2012).

3) Biyolojik Standardizasyon Uzman Komitesi (ECBS): Üretim lisansı ve biyolojik kontrol ile ilgili standartlar oluşturmak için kurulmuştur. Aşı üretimi, kalite kontrolü, ürün etiketleme, taşıma, depolama konularında rehberler geliştirmektedir (Duclos, 2009).

Yukarıda sayılan üç komite dışında, DSÖ, GIVS'in amaçlarını gerçekleştirmek ve Bağışıklama, Aşı ve Biyoloji Bölümü (IVB) Başkanı'na strateji, araçlar ve teknoloji alanlarında tavsiyelerde bulunmak ve desteklemek için 2010 yılında Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi'ni (IPAC) kurmuştur. IPAC, ülke düzeyinde bağışıklama programını geliştirmek ve güçlendirmek için işlevsel standartları belirler. Komite yönetsel, düzenleyici veya karar verme yetkisine sahip değildir fakat üye ülkelerin bağışıklama programlarını geliştirme ve güçlendirmede DSÖ/IVB'yi destekleme ve danışmanlık yapmada dinamik ve pozitif bir rol oynamaktadır (WHO web sayfası, 2012).

Aşı Pozisyon Raporları

DSÖ'nün hazırladığı aşı pozisyon raporları, belli bir aşının bölge ve ülkelerde kullanımı ve kamu sağlık değeri hakkında karar vermeleri için bağışıklama ve kamu sağlığı birimleri tarafından kullanılmak üzere oluşturulmaktadır (Duclos, 2009). Hastalık ve aşılardan korunma için gerekli bilgileri özetleyerek kullanımlarına ilişkin DSÖ kararlarını yansıtan bu raporlar ulusal yetkililer ve bağışıklama programı yöneticileri tarafından kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Raporlar ayrıca uluslararası finans kuruluşları, aşı üretim sanayi, tıp çevresi ve bilimsel

medya için de bir kaynak oluşturmaktadır. DSÖ'nün pozisyon raporları SAGE'nin tavsiyelerine uyar ve yayınlanmadan önce resmi inceleme sürecinden geçirilir. Potansiyel çıkar çatışmalarını yönetmek ve bilimsel kanıtların dikkatli ve eleştirel değerlendirmesini sağlamak için bu süreçlerin son yıllarda daha sıkı ele alındığı DSÖ tarafından itiraf edilmektedir (WHO, 2011a).

Ön Yeterlilik Sistemi

DSÖ tarafından Birleşmiş Milletler'in aşı satın alan kurumlarına, aşılardan uygunluğu, kriterler ve kabul edilebilirlik üzerine tavsiyede bulunmak için 1987 yılında ön yeterlilik sistemi kurulmuştur. Birleşmiş Milletler aşı tedarik kurumları sadece DSÖ'nün ön yeterlilik listesindeki aşılardan aşı için teklif almaktadır. Bir aşının, DSÖ'nün ön yeterlilik aşı listesine girebilmesi için lisans şarttır. Ayrıca aşı, üretildiği ülkede, ulusal düzeyde yetkili bir merkez tarafından sürekli gözetim altında tutulmak zorundadır. Satın alma dışında, bir ülkede aşı üretmek isteyen üreticilerin uygunluğuna karar vermede yetkililer, DSÖ'nün önerdiği standartları göz önünde bulundurmaktadır. Ön yeterlilik sistemi, Brezilya, Küba, Hindistan, Endonezya ve Senegal gibi gelişmekte olan ülkelere de üreticilerin artması ile yaygınlaşmıştır. 1990'ların başlarında, Birleşmiş Milletler kurumları aracılığı ile satın alınan tüm aşılardan sanayileşmiş ülkelerdeki üreticilerden temin edilirken, 2008 yılında aşılardan yarısından fazlası gelişmekte olan ülkelere üreticilerden gelmiştir. 2008 yılının ortası itibarıyla, Big Pharma'nın beş büyük çok uluslu şirketinin tümü ön yeterlilik değerlendirmesinden geçmiş ürünleri pazarlamıştır (WHO, UNICEF, WB, 2009).

UNICEF

UNICEF bugün Türkiye dahil 158 ülke ve bölgede çocukların sağlıklı yaşam koşullarına ulaşmalarını sağlamak üzere çalışmaktadır. Bu doğrultuda, çalışmalarında, çocukların önlenebilir ölüm ve sakatlıklardan korunması için bağışıklama konusuna önem vermektedir. UNICEF'in 1990 Dünya Çocuk Zirve'sinde Evrensel Çocuk Bağışıklama Kampanyalarının %80 hedefine ulaştığını açıklamasının ardından aşı kapsayıcılığı yetersiz olan

ülkelerde nüfusun kalan %10-20'sine ulaşma çalışmalarının devam edilmesine karar verilmiştir (Hardon, 2001).

GAVI ittifakı adına aşı temin etmekten sorumlu olan UNICEF, dünya çocuklarının %58'ine aşı sağlamaktadır. UNICEF tarafından uygulanan çocuk sağlığı günleri stratejisi rutin bağışıklamayı geliştirmenin yanı sıra GIVS'te vurgulandığı şekilde diğer sağlık müdahaleleri ile birlikte gerçekleştirilmektedir. Bu günlerde bağışıklama, vitamin A desteği, büyüme geriliğinin izlenmesi ve insektisitten koruyucu cibinlik dağıtımı gibi koruyucu entegre paketlerin dağıtımı rutin olarak yapılmaktadır. Çoğu Afrika ülkesinde rutin hale gelen çocuk sağlığı günleri uygulaması ile yüksek kapsayıcılığa ulaşıldığı ve temel sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizliklerin azaldığı iddia edilmektedir (Duclos, 2009).

UNICEF sağlıklı bir pazarı korumayı ve uygun fiyatla aşı alım satımını sağlamayı hedeflemektedir. Günümüzde UNICEF geliştirmekte olan ülkeler için dünyanın en büyük aşı alıcısı durumundadır. 2007 yılında GAVI için UNICEF'in aşı alımı %76 artmıştır ve 230 milyon Amerikan dolarına ulaşmıştır. Küresel Polio Eradikasyon Girişimi için 2.3 milyar doz aşı satın almıştır. Bu alım ile OPV aşısı UNICEF'in en fazla satın aldığı aşı olma özelliğini korumaktadır (WHO, UNICEF, WB, 2009). Tablo 1'de görüldüğü gibi, kaynaklarının %73'ü yeni ve pahalı aşıları üreten sanayileşmiş ülkelerdeki aşı üreticilerine gitmektedir.

UNICEF'in öncülük ettiği dikey programların sağladığı girişim deneyimleri ile alıştırılan hedef ülkelere örgütlü saldırı 1990'da UNICEF, DSÖ, BM Kalkınma Programı (UNDP), Dünya Bankası (DB) ve Rockefeller Vakfı tarafından Çocukların Aşılmasını Girişimi (CVI: Childre's Vaccine Initiative) kurulması ile başlamıştır. Ancak DSÖ'nün sahip olduğu kamu yaklaşımı ile özel sektör arasındaki ideolojik karşıtlık CVI faaliyetleri için sorun yarattığından kapatılmasına karar verilmiştir. (Aksakoğlu, 2003). CVI deneyimi ile özel sektör-kamu ilişkilerinin gelişmesi, özel ilaç firmalarının aşı üretimine yönelmesi ve DB'nin "sağlığa yatırım" yaklaşımının tuttuğu bir dönemde Bilgisayar devi Gates'in Bill ve Melinda Gates Vakfı devreye girmiş ve GAVI sahnedeki yerini almıştır (Aksakoğlu, 2003; Francis, 2010).

GAVI: AŞILAR VE BAĞIŞIKLAMA İÇİN KÜRESEL BİRLİK (GAVI-GLOBAL ALLIANCE FOR VACCINES AND IMMUNIZATION)

"GAVI, her birimizin amaçlarına ulaşmak için tek başına yapabileceğimizden çok daha fazlasını sağlayan, üstünlüklerimizin birleşimidir"

DSÖ'nün eski, GAVI'nin ilk yönetim kurulu başkanı Dr. Gro Harlem Bruntland, 2000

CVI'nin finans kaynakları ve hedefler açısından gerekli olan taahhütlerini yerine getirememesi ve DSÖ ile arasında gerginlik nedeniyle Bellagio-İtalya'da yapılan toplantıda CVI'nin yapısının değiştirilmesi ve bir ana sponsor tarafından

Tablo 1. UNICEF'in İhale Yoluyla Satın Aldığı Aşıların Kaynak Dağılımı

	Ön yeterliliği olan aşı üretici sayısı	Küresel satın alım fonu (Hep B, Hib, DTwP Hep B, Penta, Sarı Humma) UNICEF özel kaynağı	OPV dışında GBP için UNICEF tedarigi
Sanayi ülkeleri aşı üreticileri	12	%73	%36
Gelişmekte olan ülke aşı üreticileri	9	%27	%64
Toplam	21	%100	%100

Not: Tüm ön yeterliliği olan üreticiler UNICEF ihaleleri için fiyat teklifi sunmaktadırlar.

yönetilmesi gerektiği görüşü benimsenmiş ve sürecin sonunda, Bilgisayar devi Gates'in girişimiyle GAVI-Seattle'da kurulmuştur (Clemens, 2010). UNICEF'in Cenevre bürosunda küçük bir sekreterlikle de temsil edilecek olan GAVI'nin salt bağışıklama ile değil aşı üretimi ile de ilgileneceği adından anlaşılıyordu.. Kamu-Özel ortaklığı olan GAVI, DSÖ'nün bilim uzmanlığı ve teknik desteği, UNICEF'in ihale sistemi, aşı satın alma gücü ve bilgi birikimi, DB'nin finansal bilgisi ve aşı endüstrisinin pazarlama bilgisi ile ortaklarının bireysel güçlerinin toplamından oluşmuştur. GAVI'nin sağıktaki uluslar arası diğer aktörlerin yapılanmasından ayıran iki özelliği, ortaklık ve görev modelidir. Ortaklık modeli: Kamu-özel ortaklığı olarak GAVI ortaklarının orantılı avantajlarının toplamından faydalanmaktadır. Görev modeli: yeni aşuların sunumu için bütçe sağlamakta ve aşı pazarını şekillendirmektedir (GAVI Alliance, 2011).

GAVI'nin, 2011-2015 yılları için açıkladığı dört yeni stratejik hedefin uygulanması ile yaklaşık dört milyon ölümün önleneyeği ve bu dönemde yaklaşık 240 milyon çocuğun bağışıklanacağı öngörülmüştür (GAVI Alliance, 2011). Bu dört stratejik hedef şunlardır;

1. Aşı hedefi: Ülkelerin karar verme sürecini ve tanıtımı güçlendirerek az kullanılan ve yeni aşuların alımını ve kullanımını artırmak. GAVI ilk fazda (2000-2005) yeni ve az kullanılan Hepatiti B, Hib, ve sarı humma aşularını, ikinci fazda ise (2006-2015) rotavirüs ve pnömokok aşularının bağışıklama takvimlerine eklenmesine yönelik çalışmalara odaklanmıştır. GAVI yönetim kurulu bu hedeflere ek olarak HPV, Japon ensefaliti, rubella ve tifo aşularını kullanacak ülkelere destek olma kararı almıştır (WHO, UNICEF, WB, 2009, GAVI Alliance, 2011).

2. Sağık sistemleri hedefi: Sivil toplum katılımının güçlendirilmesi, hizmetlere ulaşımında eşitlik düzeyinin arttırılması ve sağık sistemlerinin güçlendirilmesinin bağışıklama hizmetlerine katkıda bulunması

3. Finansal hedef: Bağışıklama için finansal sürdürülebilirliği ve öngörülebilirliği artırmak. Küresel

düzeyde bağışıklamanın finanse edilmesi, yeni ve öngörülebilir kaynaklara erişim ve ülke düzeyinde sürdürülebilirliği sağlamak için GAVI'nin eş-finansman modelinin uygulanması

4. Pazarı şekillendirme hedefi: Uygun aşuların tanıtım faaliyetleri için katalizör yatırımlar yapmak ve aşuların temini ve fiyatlandırılması açısından aşı pazarını şekillendirmek (GAVI Alliance, 2011).

GAVI'nin Finansmanı

GAVI hükümetler, şirketler, vakıflar ve özel kişiler tarafından finanse edilmektedir. GAVI bütçesinin %76'sını GAVI misyonuna taahhütte bulunan hükümetlerden, %24'ünü vakıflar, şirketler ve bireylerden sağlamaktadır. Özel sektörün katkıları GAVI'nin çeşitlendirilmiş finansman stratejisinin önemli bir bileşenidir. GAVI'nin genel fon portföyünün % 37'sini yenilikçi (innovatif) finansman, % 63'ünü doğrudan katkılar oluşturmaktadır (GAVI web sayfası, 2012).

1) Doğrudan katkılar: Donör hükümetlerin taahhütleri, hibeler ve GAVI kampanyaları ile sağlanan kişisel ve özel sektörün hayırseverlik hizmetlerini içerir.

2) Yenilikçi finans: Yenilikçi finans mekanizmaları, Uluslara arası Finans Faaliyetleri (International Finance Facility for Immunisation-IFFIm) ve Piyasa Geliştirme Taahhüdü (Advance Market Commitment-AMC) olarak iki başlıkta ele alınmaktadır (GAVI web sayfası, 2012).

a) Bağışıklama için Uluslararası Finans Faaliyetleri (IFFI): Gelişmekte olan ülkelerde GAVI aracılığı ile sağık ve aşı programları için öngörülebilir ve uzun vadeli fon sağlamak için oluşturulan çok taraflı bir kalkınma kurumu olarak Birleşik Krallık, Fransa, İtalya, İspanya, Norveç ve İsveç (daha sonra Güney Afrika ve Hollanda katılmıştır) tarafından 2006'da kurulmuştur (Clemens, 2010). IFFIm, DB'sinin mali yönetimini yaptığı "Aşı tahvilleri" ("Vaccine bonds") ile uzun dönemli kaynak yaratarak bağışıklama konusunda ortakların müdahalelerini planlamalarını

sağlamaktadır (Clemens, 2010). GAVI kendi web sayfasından, IFFIm'ye tahvil satışları için teşekkür etmiş ve 2007 yılında tahvil satışları ile bağışıklama ve sağlık programları için dünyanın en yoksul 43 ülkesine 995 milyon Amerikan doları sağladığını duyurmuştur. 2008 yılında ise yine web sayfasından Japon yatırımcılara aşı tahvillerine gösterdikleri ilgiden dolayı duyduğu memnuniyeti bildirmiştir. İkinci tahvil satışında, Japonya'daki özel yatırımcılardan 223 milyon Amerikan doları elde edilmiş, 2006-2015 yılları arasında mali kaynaklar ikiye katlanmıştır (GAVI web sayfası, 2012). Böylece IFFIm, aşı pazarında öngörülebilirlik ve güvenilirlik sağlayarak, ülkelerin uzun dönem aşı alımlarını garantilemiştir (Clemens, 2010). Ulaşılan bu parlak bütçe ile GAVI, aşı portföyüne tifo, human papilloma virus, Japon ensefaliti ve rubellayı eklemiştir (Clemens, 2010).

GAVI'nin yeni CEO'su Dr. Seth Berkley yenilik ve ortaklığın başarılarının temel nedeni olduğunu; Şubat 2012'de yönetim kurulu başkanlığına atanan Rene Karsenti (Avrupa Yatırım Bankasının Finans Genel Müdürü olarak görev yapmıştır) ise IFFIm aracılığıyla GAVI için parayı arttırmada sermaye piyasası deneyimlerini kullanma fırsatı verildiği için onur duyduğunu ifade etmiştir (GAVI web sayfası, 2012).

b) Piyasa Geliştirme Taahhüdü (AMC)

İkinci yenilikçi finansman mekanizması, pnömokok hastalıkları için AMC pilot programıdır. Resmi olarak 2009 yılında, Lecce-İtalya'da kurulan AMC'nin temel amacı özel yatırımcı ve talep yetersizliği nedeni ile geliştirilmemiş olan aşılardan pazarı canlandırmaktır (Clemens, 2010). Bu amaca ulaşmak için İtalya, Kanada, Norveç, Rusya Federasyonu, Birleşik Krallık ve Bill-Melinda Gates Vakfı tarafından 1.5 milyar Amerikan doları hibe edilmiştir (Clemens, 2010; Scudellari, 2011). Yoğun görüşmeler ve fizibilite çalışmalarından sonra yılda yaklaşık 800.000 ölüme yol açması nedeni ile pnömokok aşısı pilot olarak seçilmiştir. Projeye hibede bulunan donörler ve GAVI'nin diğer ortakları olan DB, UNICEF ve DSÖ yasal anlaşma imzalayarak proje üzerinde

birlikte çalışmışlardır (Clemens, 2010; GAVI web sayfası, 2012).

AMC'nin yararlı bir iş yaptığını ileri sürenler, aşılardan üreticilerin zengin ülkelere aşı satarak aşı geliştirme maliyetlerini karşılamalarından 10-15 yıl sonra gelişmekte olan ülkelere kullanılmaya başladığını, ancak AMC ile Pfizer'in Prevenar-13 olarak isimlendirilen pnömokok aşısının Amerika pazarlarına sürüldükten sadece 10 ay sonra Nikaragua'da kullanılmaya başladığını belirtmektedirler (Scudellari, 2011). Baltimore'daki Uluslararası Aşı Ulaşım Merkezi yönetim kurulu başkanı, AMC'nin aşılarla ulaşma ve tanıtımının artmasında çok önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. Pnömokok aşısının 2015 yılına kadar 40 gelişmekte olan ülkeye ulaştırılması amaçlanmaktadır (Scudellari, 2011). GlaxoSmithKline (GSK) ve Pfizer hibeleri özendirmek için dozu 3.50 dolardan 30 milyon doz pnömokok aşısı stoklamıştır (Scudellari, 2011). GSK'nın Pfizer ile birlikte 60 milyon doz pnömokok aşısını temin etmek için 10 yıllık kontratı vardır ve bu kontrat pnömokok aşı fiyatlarındaki düşüş dikkate alınmadan yapılmıştır. GAVI'nin ödediği fiyat AMC tarafından belirlenmektedir (Usher, 2011). Pnömokok aşı örneğinde görüldüğü gibi AMC ile hedeflenen aşı için önce pazar oluşturularak talep yaratmak, daha sonra aşığı pazara sürmektir. Böylece sermayeye üretecekleri aşının satın alınacağı garantisini verilmekte yani kârları garanti altına alınmaktadır.

AMC'nin oluşturulmasının korkunç bir hata olduğunu vurgulayan ve eleştiren yazarlara göre; AMC fiyatları çok yüksek tutmaktadır ve donör paraları fakir ülkelerdeki çocukların bağışıklanması için kullanılmamaktadır (Usher, 2011). New Jersey Tıp ve Diş Hekimliği Üniversitesi'nde sağlık politikası alanında araştırmacı olan Donald Light, AMC uygulamasının uzun dönemli eleştirisini yapmaktadır. Light'a göre GAVI'nin sponsor olduğu AMC bir çocuğun hayatını kurtarma maliyetini 4.722 Amerikan doları olarak vermektedir. Ancak çocuk felci, kızamık ve sarı humma aşılarda ulaşım artırılarak daha ucuza daha çok çocuğun hayatı kurtarılabilir. Light ayrıca GAVI'nin stratejilerinin çok

pahalı olan yeni aşıları öne çıkardığını ve ilaç şirketlerine hizmet ettiğini belirtmektedir (**Scudellari, 2011**).

2011-15 yılları için GAVI'nin elde ettiği kaynaklar Tablo 2'de görüldüğü gibi 7.6 milyar dolardır. GAVI'nin bütçesinin aslan payını sadece üç donör oluşturmuştur: Birleşik Krallık, Gates Vakfı ve Norveç. Usher, bağışların GAVI'nin aşı takvimlerine, rotavirus, human papillomavirus, pentavelan aşı ve beş hastalığa karşı- difteri, tetanoz, pertussis, hemaflus influenza tip B ve Hepatit B tek doz (enjektörlü- a single shot) gibi yeni aşıların eklenmesini finanse edebileceği anlamına geldiğini belirtmiştir (**Usher, 2011**).

GAVI'nin 2010-15 yılları için planladığı harcama kalemleri ise Tablo 3'te görüldüğü gibidir. GAVI'nin en büyük harcama kalemini dozu 7 \$ olan ve bütçenin %32'sini alan pnömokok aşısı oluşturmaktadır (**Usher, 2011**).

Savunuculuk

GAVI amaçlarına ulaşmak ve bütçe için kaynakları harekete geçirmek için savunuculuk ve iletişim

konularına özel önem vermektedir. Özellikle 2011'de Londra'da yapılan başarılı bağış toplantısı sonrası hem GAVI ülkelerine hem de bağışçılara yönelik küresel olarak savunuculuk ağlarını güçlendirme çabaları artmıştır (**Chaisemartin, 2011**). Örneğin savunuculukla ilgili Afrika'da bir web sitesi; aşı ile her yıl iki milyondan fazla hayat kurtarıldığını kaydederek, Çiçek Eradikasyonu, Küresel Polio Eradikasyon Girişimi'nin başarısından bahsetmektedir. Bu olumlu gelişmelere rağmen, temel bağışıklama programında yer alan aşılarla ulaşamayan 24 milyon çocuktan 7,3 milyonunun Sahra-altı Afrika'da yaşadığını ve bunların motivasyon eksikliği, aşıları reddetme gibi nedenlerle aşıya ulaşamadıkları ileri sürülmektedir. Afrika'da aşı alımlarının diğer kıtaların gerisinde kaldığı, mevcut aşı takvimindeki aşıların alımının teşvik edilmesi ve takvime yeni aşıların eklenmesi için savunuculuk yapılmasının acil bir ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır. Bu web sitesi, ayrıca, Güney Afrika Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Bağışıklama Programına rotavirüs ve konjuge pnömokok aşısını eklemiş olmasının sevindirici olduğunu belirtmektedir (**Vacfa Vaccines for Africa web sayfası, 2012**).

Tablo 2. GAVI'nin 2011-2015 yılları için sağlanan kaynaklar (milyon ABD doları)

	Yeni bağışlar (2011)	Yeni kaynaklar
Birleşik Krallık	1335	2449
Gates Vakfı	1000	1341
Norveç	677	819
Fransa	146	511
İtalya	25	506
ABD	450	450
Avustralya	149	264
Kanada	15	225
Hollanda	175	209
İşveç	201	209
Toplam	4345	7599

GIVS (GLOBAL IMMUNIZATION VISION AND STRATEGY-GIVS): KÜRESEL BAĞIŞIKLAMA VİZYON VE STRATEJİSİ, 2005

2005 yılında, aşı ve bağışıklamanın beş yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılmasında önemli rol oynayacağı kabul edildiği 58. Dünya Sağlık Asamblesi'nde ulusal bağışıklama programlarını güçlendirmek için bir çerçeve olarak DSÖ ve UNICEF 2006-2015 yılları için Küresel Bağışıklama Vizyon ve Stratejisi (Global Immunization Vision and Strategy-GIVS) taslağı hazırlanmıştır (Duclos, 2009). Taslakta bağışıklamanın bebeklik dönemi dışındaki tüm yaş gruplarındaki uygun kişilere de genişletilmesinin amaçlandığı bildirilmiştir (WHO, UNICEF, 2005). Taslağın amaçları; aşı

kapsayıcılık düzeyinin sürdürülmesi, bağışıklama hizmetlerinin özellikle hizmete ulaşamayanlara ve bebeklik dönemi dışındaki yaş gruplarına da genişletilmesi, yeni aşıların ve teknolojilerin tanıtılması, diğer sağlık hizmetleri sunumu ile bağışıklamanın bağlantılandırılması ve sağlık sektörünü geliştirilmesi olarak sıralanmıştır. Stratejide karmaşık olağanüstü haller ve epidemilere karşı küresel hazırlık için de bağışıklamanın önemli katkısı olacağı altı çizilmiştir. Ayrıca, bağışıklama vizyonunu gerçekleştirmek için güçlendirilmiş sürveyans, izlem, değerlendirme ve program yönetimi için güvenilir veri uygulamalarına gereksinim olacağı belirtilmiştir. GIVS'in mevcut aşılar ile ilgili önerileri ve geliştirmeyi önerdiği aşılar Tablo 4'te sunulmuştur (WHO, UNICEF, 2005).

Tablo 3. GAVI'nin 2010-2015 Yılı Harcamaları

	ABD \$	Yüzde (%)
Aşı maliyeti		
Pnömonokok aşısı	2456	31.8
GAVI-bütçeli	1612	20.9
AMC-bütçeli	844	10.9
Pentavalen aşı	1960	25.4
Rotavirus aşısı	644	8.3
Sarı humma aşısı	99	1.3
Japon ensafaliti aşısı	124	1.6
Rubella aşısı	43	0.6
HPV aşısı	103	1.3
Menenjit aşısı	305	4.0
Yatırımlar		
(Sarı humma ve menenjit stockpile)	445	5.8
Toplam aşı maliyeti	5438	70.4
Diğer maliyetler		
Nakit-temelli programlar	1017	13.2
İş planı	819	10.6
Toplam	7723	100

Tablo 4. GIVS- Mevcut ve Gelecekteki Aşı ve Teknolojiler

Mevcut Aşılar	Yeni veya 2015 yılına kadar geliştirilmesi öngörülen aşılar
BCG ^a	Dangd
Kolerab (inaktif ve canlı)	DTaP (iki P antijenleri ile)d
DTP ve DTP tabanlı kombinasyonları ^a	Enterotoksijenik Escherichia coli (ETEC)d
Hemofilus influenza tip b ^a	A grubu streptokokd
Hepatit A ^a	Human papilloma virüsüc
Hepatit B ^a	Pandemi yanıtı için grip
Gripa	Japon ensefaliti (gelişmiş)c
Japon ensefaliti (inaktif ve canlı) ^b	Sıtımad
Kızamık ^a	Kızamık (aerosol)d
Meningokok (polisakkarit ve konjuge) ^a	Meningokok A (çoklu-serotip konjuge)c
Kabakulak ^a	Mevcut aşıların yeni kombinasyonlarıd
Pnömonokok (polisakkarit ve konjuge) ^a	Pnömonokok (gelişmiş konjuge veya protein bazlı)c
Çocuk felci (OPV ve IPV) ^a	Çocuk felci (sabin suşlarına dayalı inaktif aşılar)c
Psödomonas ^b	Çocuk felci (monovalan OPV tip 1)d
Kuduz ^b	Respiratory syncytial virusd
Rift Vadisi Humması ^b	Rotavirusc
Kızamıkçık ^a	Şiddetli akut solunum yolu sendromu (SARS)d
Tetanoz toksoidia	Şigellad
Kene kaynaklı ensefalit ^b	Tifo (konjuge)d
Tifo ^b	Batı Nil ateşid
Suçiçeği ^a	
Sarı humma ^a	
Mevcut ama kullanılmayan bağışıklama destekleyici teknolojiler	2015 yılına kadar beklenen yeni bağışıklama destek teknolojileri
Kullanıma hazır dolu enjeksiyon cihazları	Jet enjektörler
Tüm aşıların üzerinde aşı flakon monitörleri	Isıl aşılar
	Aşı aerosoller
	Aşı burun spreyleri
	Aşı patche
^a Rutin bağışıklamada kullanılabilir	^c Gelişimin son aşamasında
^b Belirli bölgelerde ve koşullarda kullanılabilir	^d 2010-2015'de beklenen lisanslama

2010 yılına kadar olan stratejilerde kapsayıcılığın artırılması ile ilgili olarak ülkelerin kapsayıcılıkta en az %90, her bölge için ise en az %80'ne ulaşacağı belirtilmektedir. 2015 hedefi olarak da 2010 yılı hedefinin sürdürülmesi planlanmaktadır. 2015 yılına kadar olan stratejileri arasında ayrıca sistemlerin güçlendirilmesi de vardır. Tüm ulusal bağışıklama planlamalarının, insan kaynağı ve finansman

açısından geniş sektörlü planların ayrılmaz bir parçası olacağı vurgulanmıştır. Diğer bir amaç yeni aşıların tanıtımı ve sonraki beş yıl içinde tüm nüfusa uygulanmasıdır (WHO, UNICEF, 2005).

GIVS ile ortaya konan aşı ile ilgili 24 strateji 4 temel alanı kapsamaktadır. Birinci stratejik alanda; bağışıklamanın daha fazla kişiye ulaşması için temel

stratejiler yer almaktadır. Bu stratejilerden biri "her bölgeye ulaşma" (Reaching Every District-RED) yaklaşımıdır. Etyopya'da en kötü uygulama bölgelerinden 14'ünde üç doz DTP aşı kapsayıcılığının 2002 yılında %35'den 2005 yılında %71'e çıkarılmış olması bu yaklaşıma örnek olarak gösterilmektedir. RED stratejisi çoğu Afrika, Güney ve Güney-doğu Asya'da olmak üzere 53 gelişmekte olan ülkede değişik derecelerde uygulanmaktadır. İkinci stratejik alanda; yeni aşı ve teknolojilerin tanıtılması yer almaktadır. Bu alana yönelik çalışmaların amacı, yüksek öncelikli yeni aşı ve teknolojilerin gelişimini teşvik etmek ve bu ürünlerin ülkelere tanıtılmasından sonraki beş yıl içinde ulusal bağışıklama programında yer almasını sağlamaktır. Ayrıca, özellikle dezavantajlı toplumlar için halk sağlığı açısından önem taşıyan hastalıklara karşı aşılarda geliştirilmesi ve elde edilebilir hale getirilmesi bu alana yönelik stratejiler arasındadır. Üçüncü stratejik alan, sağlık sistemlerine bağışıklama ile diğer sağlık müdahalelerinin ve sürveyansın entegre edilmesi ile ilgilidir. Dördüncü stratejik alan ise; bağışıklamada küresel dayanışmaya yöneliktir. Bilginin yayılması ve iletişimin geliştirilmesi, ortakların hesap verme sorumluluğu, sorumlulukları ve rolleri tanımlama ve tanıma, aşılarda içeren küresel epidemiyolojik planları hazırlama, ulusal bağışıklama programlarının yeterli ve sürdürülebilir maliyetlerini sağlama gibi stratejiler bu alanda yer almaktadır (WHO, UNICEF, 2005)

GAVI-GIVS Neyi Değiştirdi/Değiştirmedir ?

Son on yılda daha fazla çocuğun bağışıklanmasına rağmen 2007 yılında 24 milyon çocuk diğer bir deyişle her yıl doğan çocukların yaklaşık %20'si yaşamlarının ilk yılında rutin bağışıklama programındaki aşılarda tam olarak yaptırmamıştır (WHO, UNICEF, WB, 2009). DTP3 küresel olarak kapsayıcılık düzeyi 2000 yılında %74'den 2010 yılında %85'e yükselmiş kızamık aşısının ilk dozu için kapsayıcılık düzeyi ise aynı yıllar için %72'den %85'e yükselmiştir. GIVS'in DTP3 veya kızamık aşısı için 2015 yılında ulaşılması istenen %90 kapsayıcılık düzeyine ulaşmada herhangi bir ilerleme olmamıştır. 16 ülkede DTP3 kapsayıcılığı, 21 ülkede

ise kızamık aşı kapsayıcılığı %70'in altındadır. Son beş yılda öncelikli ülkelerde istenen gelişme olmadığı görülmüştür (Brown, 2011). Merlin yardım ajansı GAVI'nin çocuk ölümlerinin yarıdan fazlasının meydana geldiği fakir ülkelerdeki çocuklara ulaşmada başarısız olduğunu iddia etmektedir. Bu ülkeler hem hizmet kurumu, hem aşı ekipleri açısından yetersiz olup GAVI'nin istediği katkı payını bile ödeyemeyen ülkelerdir. DSÖ, kapsayıcılığın düşük kalmasını sistem zayıflığına bağlar ve GAVI sağlık sisteminin güçlendirilmesinin bağışıklamaya katkıda bulunacağını savunurken, eleştirmenler zayıf sağlık sistemlerinin bağışıklamadaki başarısızlık açısından geçerli bir gerekçe olmadığını belirtmektedirler (Guardian Gazetesi, 2011). Eleştiriler bu sınırlı fonların etkin kullanılıp kullanılmadığını sorgulamaktadır. Princeton Üniversitesi'nden akademisyen Donald Light GAVI aşı stratejisinin yeterince tartışılmadığını düşünmektedir (Boseley, 2011). Donald Light "GAVI modelinin" fakir ülkelerin karşılayamayacakları fiyatlar üzerinden ve her yıl giderek artan miktarda para vermeye dayanan bir model olduğunu belirtmektedir (Guardian Gazetesi, 2011).

GAVI faaliyetleri ve GIVS doğrutusunda yapılan çalışmalar ile ülkelerde Hep B (<%20'den > %70'e) ve Hib gibi yeni aşılarda kullanımında ve ülkelerin bağışıklama maliyetlerinde artış olmuştur. (WHO, UNICEF, WB, 2009). Bu artıştan karlı çıkanlar ise hiç şüphesiz sosyal değerini göz ardı ederek meta haline getirilmiş olan aşılarda üreticisi şirketlerdir. GAVI'nin iki ilaç endüstri temsilcisinden biri olarak yönetimde yerini alan Crucell gelirinin %60'ını difteri, boğmaca, tetanoz, Hib ve Hepatite karşı Quinvaxem pediatrik pentavalan aşısının GAVI tarafından satın alınması sonucu elde etmiş ve 2007-12 yılları için 800 milyon EU'luk bir anlaşma yapmıştır (Financial Times, 2011; Boseley, 2011). Hangi aşılarda, hangi ülkelerin aşı takvimine, ne zaman ekleneceğine karar veren GAVI'nin yönetiminde önemli söz hakkı olan bu şirketler en önemli eleştiri noktasıdır. Sınır Tanımayan Hekimler (MSF) ve Uluslararası Yoksullukla Mücadele Örgütü (Oxfam) GAVI'nin kararlarının yönetiminde bulunan ilaç şirketleri tarafından yönlendirildiğini,

bu şirketlerin ciddi çıkar çatışmaları yarattığını ve GAVI yönetiminden çıkarılmaları gerektiğini düşünmektedir (Boseley, 2011; Guardian Gazetesi, 2011).

Aşı fiyatlarını düşürmek için yeterince çaba sarf etmemiş olması GAVI'nin başarısız olduğu diğer bir konu olarak gösterilmektedir. CCruce ve GSK fiyat üzerinden yapılacak rekabetin kaliteyi düşüreceğini ileri sürerek UNICEF'e sattıkları aşı fiyatların yayınlanmasına izin vermemiştir. Bu şirketlere rakip olan Hindistan-Shantha şirketi GAVI tarafından sipariş edilen stoklarını geri çekmek zorunda kalmıştır (Financial Times, 2011).

SONUÇ

En hızlı büyüyen endüstri sektörlerinden biri olan aşı endüstrisi son yıllarda oldukça dinamik bir dönem yaşamaktadır. Milenyum Gelişme Hedefleri ile ekonomi dünyasında bağışıklamanın ön plana çıkarılması çok masum bir çaba değildir. Yeni ve daha maliyetli aşuların üretilmesi ve ulusal bağışıklama takvimlerine eklenmesi ile büyüyen aşı pazarı önde gelen aşı üreticilerinin iştahını kabartacak duruma gelmiştir. Daha önce bağışlama konusunda kapsayıcılığın artırılmasına yapılan vurgu, yerini yeni aşuların kullanılması vurgusuna bırakmıştır. Bu bir niyet olmanın dışında şirketlere kazandıracağı kar nedeni ile sistemli ve kararlı yürütülmesi "gereken" bir plandır. Bu plan doğrultusunda bağışıklamada etkin olan kuruluşların yapılanmaları ve amaçları değişmektedir. İlaç üreticilerinin ve vakıflarının desteği ile kurulan GAVI tam da bu plana hizmet etmektedir. GAVI yoksul ülkelere aşı alımı sağlayarak bu ülkelerin kısıtlı bütçelerinin aşı üreticilerinin ceplerine akmasını olanaklı kılan kamu ve özeldeki ortakları bir araya getirmiştir. Geleneksel aşuların karlarının düşük olması nedeniyle, çok uluslu şirketlere çekici gelmeyen gelişmekte olan ülkeler, piyasaların gelişmesi ile pahalı yeni aşuların alımı için cazip bir pazar haline gelmiştir. DSÖ'nün bilim uzmanlığı ve teknik desteği UNICEF'in ihale sistemi, aşı satın alma gücü ve bilgi birikimi, DB'nin finansal bilgisi ve aşı endüstrisinin pazarlama bilgisi ile ortaklarının bireysel güçlerinin toplamından oluşan GAVI bu süreci kararlı

bir şekilde yürütmektedir. Bu sürecin bağışıklama hizmetlerine erişimde eşitsizliği azaltmayacağı hatta artıracığı açıktır. Çünkü yoksul ülkelerde aşıya erişemeyen ve bağışıklanamayan çocuklar ölmeye devam ederken, bu ülkeler kaynaklarını yeni ve pahalı aşı alımına ayırmaya "ikna" edileceklerdir.

KAYNAKLAR

Aksakoğlu G. (2003) Uluslar arası Sermaye ve Bağışıklama Pazarı, Toplum ve Hekim, 18 (5): 323-330

Boseley S. (2011) Analysis: Vaccine Programmes Come under the Microscope, The Guardian, 6 Haziran 2011, Ulaşım tarihi: 12 Şubat 2012 <http://www.guardian.co.uk/society/2011/jun/06/analysis-vaccination-programmes>

Brown DW., Burton A., Gacic-Dobo M., Karimov RI., Vandelaer J., Okwo-Bele J.M., (2011) A Mid-term Assessment of Progress Towards the Immunization Coverage Goal of the Global Immunization Vision and Strategy (GIVS), BMC Public Health , 11(806):1-7

Brown, T.M., Cueto, M., Fee E. (2006) The World Health Organization and Transition From "International" to "Global" Public Health, American Journal of Public Health, 96(1): 62-72

Chaisemartin A., Schwalbe N. (2011) Report to the GAVI Alliance Board, GAVI Business Plan 2012, www.gavialliance.org, Ulaşım Tarihi:15.03.2012

Clemens, C., Holmgren, J., Kaufmann, S.H.E., Mantovani, A. (2010) Ten Years of the Global Alliance for Vaccines and Immunization:Challenges and Progress, Nature Immunology, 11(12): 1069-1072

Duclos, P., Okwo-Bele, J-M., Gacic-Dobo, M., Cherian T. (2009) Global Immunization: Status, Progress, Challenges and Future, BMC International Health and Human Rights, 9:1;1-11

Financial Times. (2011) Conflict of Interest Fears over Vaccine Group, 27 Mayıs 2011, Ulaşım Tarihi: 09 Mart 2012, <http://www.ft.com/cms/s/0/484e8ada-87c2-11e0-a6de-00144feabdc0.html#axzz1ocWQ7UaZ>

Francis, D.P. (2010) Successes and Failures: Worldwide Vaccine Development and Application, *Biological*, 38: 523-528

GAVI Alliance (2011) GAVI Alliance Progress Report 2010, www.gavialliance.org/results/gavi-progress-reports, Ulaşım Tarihi:15.03.2012

GAVI web sayfası (2012) GAVI's partnership model, Institutional Timeline, René Karsenti to become new Chair of IFFIm Board, Ulaşım Tarihi 15.03.2012, <http://www.gavialliance.org>

Guardian Gazetesi. (2011) Under Fire: Critics Challenge GAVI's Vaccine Spending Practices, Ulaşım Tarihi: 12 Şubat 2012, <http://www.scidev.net/en/features/under-fire-critics-challenge-gavi-s-vaccine-spending-practices.html>

Hardon Anita. (2001) Immunisation for All? A Critical Look at the First GAVI Partners Meeting. *HAJ Europe*, 6(1): 2-9

Jadhav S.S., Gautam M, Gairola S. (2009) Emerging markets & emerging needs: Developing countries vaccine manufacturers' perspective & its current status, *Biologicals*, 37(3): 165-168

Milstien JB., Kadar M. (2010) The Role of Emerging Manufacturers in Access to Innovative Vaccines of Public Health Importance, *Vaccine*, 28: 2115-2121

Results for Development Institute. (2011) Review of GAVI Alliance Eligibility Policies, Ulaşım Tarihi: 12 Şubat 2012, [http://](http://www.resultsfordevelopment.org/projects/review-gavi-alliance-eligibility-policies)

www.resultsfordevelopment.org/projects/review-gavi-alliance-eligibility-policies

Scudellari M. (2011) Are Advance Market Commitments for Drugs a Real Advance ?, *Nature Medicine*, 17: 139

Usher, A.D. (2011) GAVI Funding Meeting Exceeds Expectations, *World Report*, 377:2165-2166

Vacfa Vaccines for Africa web sayfası. (2012) Ulaşım Tarihi 25 Nisan 2012, www.vacfa.com

WHO, UNICEF, WB (2009) State of the World's Vaccines and Immunization, 3 Th ed. Geneva, World Health Organization, http://www.unicef.org/immunization/files/SOWVI_full_report_english_LR1.pdf, Ulaşım Tarihi: 15.03.2012

WHO, UNICEF. (2005) GIVS Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015, www.who.int/immunization, Ulaşım Tarihi 24 Ocak 2012

WHO. (2011) Department of Immunization, Vaccines and Biologicals Strategic Plan 2010-2015, www.who.int/immunization/documents/IVB_SP_2010_15_final_Ver.pdf, Ulaşım tarihi:16.03.2012

WHO. (2011a) WHO Vaccine Position Papers, www.who.int/position_papers/en/, Ulaşım Tarihi 24 Nisan 2012

WHO. (2012) Global Advisory Committee on Vaccine Safety, December 2011, *Weekly Epidemiological Record*, 87:53-50

WHO web sayfası. (2012) Immunization Practices Advisory Committee (IPAC), http://www.who.int/immunization_delivery/systems_policy/ipac/en/, Ulaşım Tarihi 24 Nisan 2012