

DOSYA / DERLEME

KÜRESEL KAMU-ÖZEL SAĞLIK İŞBİRLİĞİ ÖRNEĞİ: GAVI

(Global Alliance for Vaccines and Immunization)

Işıl ERGİN*

Özet

Ulusal aşı pazarlarının uluslararası bir kamu-özel ortaklığının dinamikleriyle nasıl örüldüğünü, pazarın gereksinimlerinin nasıl yönetilip, istenilen yönde talebin nasıl şişirildiğini ve bu sürecin aygıtlarını anlamak için GAVI'nin tarihsel gelişimini, yöntemlerini ve aktörlerini incelemek gerekir. Bu incelemeyle, sistematik olarak örülen bu ticari ağın nasıl bir senaryonun ürünü olduğu, kamusal kaynakların zaten son derece kısıtlı olduğu yoksul ülkelerde, dev ulus ötesi aşı üreticilerinin küresel kar hedeflerinin ve çıkarlarının GAVI tarafından nasıl yönetildiği netleşmektedir. Bu kamu-özel işbirliği örneğinde, GAVI rolünü layıkıyla yerine getirmektedir. Sürecin kamu lehinde gelişmediği ve özel sektörün hem karlılığını, hem de üretim kapasitesini istenilen düzeylere yükselttiği ve daha da yükseltmeyi umduğu ortadadır. Kaynakları kısıtlı yoksul ülkelerde, almak, alabilmek "borç" demek olduğu için, küresel pazarın finans aktörleri devreye girmekte ve aşı devleri yanı sıra bu aktörler de süreçten karlı çıkanlar arasına katılmaktadır. Kaybedenler, yoksul ülkelerin aşıya erişemeyen çocukları, anneleri, tüm aşı ihtiyacı olan bireyleri ve borçlarla ipotek altına giren gelecek nesilleri olmaktadır.

Anahtar sözcükler: Bağışıklama, Kamu-özel işbirliği, GAVI

Example of Global Public-Private Partner Ship in Health: GAVI

Abstract

It is necessary to examine the historical background, methods and actors of GAVI in order to understand how the dynamics of this international public private partnership is woven, how the market's needs are lead, how the demand is inflated and the tools of this procedure. With this examination, it becomes obvious what kind of a scenario is this systematically woven trade network the product of and how the global profit targets and benefits of international giant companies are administered via GAVI on

*Öğr. Gör. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

the poor countries with already very low public resources. In this public private partnership, GAVI fullfills its role appropriately. It is clear that, this procedure is not favoring public and increasing the profitability and the production capacity of private sector and aiming to increase it more. In the low resourced countries because buying or being able to buy, means loans, the global actors of finance, appear and they take their part among the actors who profit from this procedure together with the giant vaccine industry. The losers are the children, the mothers and all the other parts of the community in need of vaccines but who are unable to access them as well as the future generations who are under the mortgage of loans.

Key words: Immunization, Public-Private Partnership, GAVI

"Güvenli su sağlanmasını dışında tutacak olursak, bugüne kadar hiçbir müdahale- ki antibiotikler bile- ölümlülüğü azaltmada bu denli etkili olmamıştır." (Plotkin, 2008)

2008'deki Kopenhag Konsensusunun en maliyet etkin çözümler listesinde, dördüncü sırada Çocuklarda yürütülen genişletilmiş bağışıklama programı yer almaktadır (Kopenhag Consensus 2008). Aşının insan sağlığını koruyabilmekteki bu üstün başarısına karşın dünya pazarlarından hak ettiği ilgiyi görmesi son 5 -10 yılda hız kazanmıştır. Hatta 2000'lerden sonra gerçekleşen bu yoğun ilgi, aşı tarihi açısından "en üretken ve dinamik dönem" olarak tanımlanmasına neden olmuştur (WHO, 2009). Üretilen pek çok yeni aşı (meningokok menenjit, rotavirus, H5N1, pnömokok, HPV aşıları) ve pazarın giderek büyüyen hacmi bu tanımlamayı hak eden boyuttadır. Bu artışta, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin aşı takvimlerinin giderek daha da farklılaşmasının, ürün ve sunum şekillerindeki çeşitliliğin, gelişmekte olan ülkelere yeni üreticilerin ortaya çıkmasının ve GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) örneğindeki gibi yeni küresel işbirliği formüllerinin yoksul ülkelere sağladığı borçların etkili olduğu bildirilmektedir (Kaddar, 2004). Geçmişte ilaç endüstrisinin "kar"lı üretiminin gölgesinde kalan, sosyal değeri yüksek olmasına karşın ekonomik değerinin düşük olması nedeni ile sektörün üretmek konusunda yeterince "ticari heves" duymadığı (WHO, 2002) bu önemli müdahale unsuru nasıl olmuş da pazarın en önemli aktörlerinin cazibe alanına dönüşmüş ve en önemli "meta"larından biri olmuştur?

DSÖ'nün 1998'de Brundtland ile berraklaşan "özel sektör ve sanayi ile açık ve yapıcı ilişkiler" kurulması çağrısı uluslar arası arenada yeni terminolojiyi giderek daha da tanıdık ve alışıldık hale getirir: Kamu- Özel Ortaklığı (Aksakoğlu, 2003). Ulusal aşı pazarlarının bu kamu-özel ortaklığının dinamikleriyle nasıl örüldüğünü, pazarın gereksinimlerinin nasıl yönetilip istenilen yönde talebin nasıl şişirildiğini ve bu sürecin aygıtlarını anlamak için GAVI'nin tarihsel gelişimini, yöntemlerini ve aktörlerini incelemek gerekmektedir.

Aşıda gündem

Aşının gerekliliğine dair gündemin en önemli gerekçelerinden birini Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) oluşturmaktadır. Aşının ne kadar önemli olduğuna dair yayınlanan pek çok doküman ve verilen pek çok demeçte BKH'leri her defasında gündeme getirilmekte, BKH'ne ulaşmak için olmazsa olmazlar arasında sayılmaktadır (GAVI Alliance, 2010, Milstein, 2008, WHO, 2009). Bu tespitlere göre 2007'de 24 milyon çocuk -doğan çocukların %20'si- tam bağışıklanma alamamıştır. Çocukluk çağı hastalıklarına karşı tüm aşılar yaygın kullanıma geçebilseydi ve küresel bağışıklama ortalaması 2015'e kadar %90 olabilseydi 5 yaş altı 2 milyon ölüm önlenilecek, bu da BKH'ne ulaşılmasında önemli bir adım sağlayacaktır (WHO, 2009). Bilindiği gibi BKH'de 5yaş altı çocuklardaki ölümlülüğü azaltma ana hedefler arasında yer almaktadır. Bu ölümlülüğün ciddi sağlık eşitsizlikleri barındırdığı gerçeği artık gözlerden uzak tutulamayacak kadar

Tablo 1. Bulaşıcı hastalıkların eşitsiz dağılımı (GAVI Alliance 2010)

Hastalık	Ortalama ölüm (100 binde)		Düşük gelirli/ Yüksek gelirli ülkelerdeki oran
	Düşük gelirli ülkeler	Yüksek gelirli ülkeler	
Hib hastalığı (5yaş altı çocuklarda)	1424	6	237
Rotavirus ishali (5yaş altı çocuklarda)	1770	15	118
Pnömonokok hastalığı (5yaş altı çocuklarda)	3288	37	89
HIV/AIDS	1197	21	57
Tüberküloz	460	16	29

belirgindir ve DSÖ de bu eşitsizlikleri inkar edememektedir (WHO-CSDH, 2007). Ancak GAVI, sağlıkta eşitsizlikleri dile getirirken bile pazarın heveslerini ele vermektedir. Tablo 1'de bu eşitsizlikleri dile getirmek için seçilmiş hastalıklar görülmektedir.

Aşıdaki eşitsizlikleri sunan bu tablodaki aşılardan Hib, Rotavirus, pnömokok, HIV/AIDS, ve Tüberkülozdur. GAVI'nin 2010 yılı çalışmalarını özetleyen bu temel dokümanda geleneksel aşılardaki eşitsizlikler gözlerden uzak kılınmıştır. 44 milyon çocuğun (%34) hepatitis B aşısı, 93 milyon çocuğun (%71) Hib aşısı, 121 milyon çocuğun (%93) pnömokok aşısı, 119 milyon çocuğun (%92) rotavirus aşısı olmadığı belirtilmektedir (GAVI Alliance, 2010). Oysa geleneksel aşıların kapsayıcılığında da ciddi eksiklikler ve eşitsizlikler varlığını sürdürmeye devam etmektedir. 24 milyon aşısız çocuğun çoğu yoksul ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2009). Bir yaş altındaki nüfusta küresel düzeydeki aşı kapsayıcılığı BCG için %88, DTP3 için %82 ve kızamık için %82 düzeyindedir. Bu yüzdeler bölgelerarasında önemli eşitsizlikler göstermekte, örneğin Afrika bölgesi için oranlar sırasıyla %79, %71, %69'lara inmektedir (WHO, 2010).

Eşitsizlikler gündemin güncel başlıkları arasında böylesi bir yanlılıkla sunulurken, diğer taraftan aşıda "başarı"nın ne anlama geldiği de yeniden tanımlanmaktadır. Aşıda başarı sağlamış olmanın, artık sadece kapsayıcılıkta artışlar sağlamakla ölçülemeyeceği belirtilmektedir. Başarı demek; sürdürülebilirliği sağlamak, sağlık sistemlerinin ve bağışıklama programlarının güçlendirilmesi, yeni kamu-özel ortaklıklarının aşı geliştirme ve bağışıklama

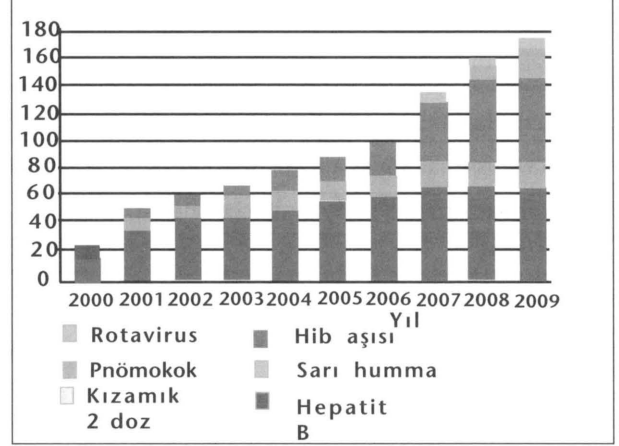
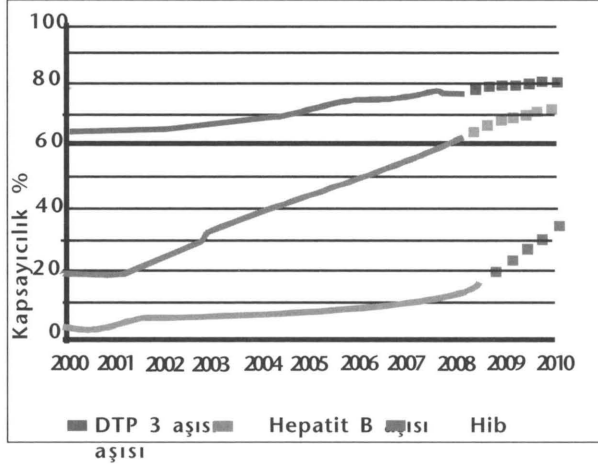
için geliştirilmesi, uzun erimli küresel finans mekanizmalarının oluşturulması, yaratıcı ve sürdürülebilir stratejiler keşfedilmesi ve gelişmiş bir "savunuculuk" ve iletişim stratejileri üretilmesi ve kısa erimli kazançlar için uzun erimli ilerlemenin feda edilmemesidir. Sürdürülebilirlik sürecin en sıklıkla vurgulanan hedeflerindedir. Aşının sosyal ve uzun erimdeki çıktıları da genişletilmektedir. Bu kazançlar;

- Sağlık kazançları (mortalite ve morbiditedeki düşüş)
- Sağlık harcamalarındaki azalma (hastalıkların azalması ile)
- Bakımla ilişkili üretkenlik kazançları (hasta bir çocuğa bakmanın ebeveynde yaratacağı üretkenlik kaybı)
- Çıktı ile ilişkili üretkenlik (Bağışıklama sayesinde kognitif, fiziksel güç ve eğitim düzeyindeki kazançların üretkenliğe yansımaları)
- Davranışla ilintili üretkenlik kazançları (çocuk sağlığının ve yaşam süresinin iyileşmesi hanenin üretkenlik davranışını da etkiler) olarak özetlenmektedir (GAVI Alliance, 2010). Bu çerçevede yapılan analizlerde yatırımların %18 oranında geri dönüşü olduğu irdelenmektedir. Aşının mali değerlendirmesinin "dar bir maliyet etkinlik analizi bakış açısından" kurtarılması gerektiği belirtilirken oluşturulan "geniş" bakış açısının da birey-üretim-karlılık üçgeni içine daha fazla sıkıştığı dikkati çekmektedir.

Aşı pazarı

2000'lerin sonrasında pazarın adeta "patladığı" söylenebilir. Önlenebilir hastalıklar listesine sadece iki hastalık eklenip liste 30'a çıkmakta, ama 2008

Şekil 1 ve Şekil 2. Pazardaki aşıların hacminin artışı (GAVI Alliance, 2010).



sonunda pazardaki ürün sayısı 120'ye ulaşmaktadır. Ürün yelpazesi bu dönemde ergenler ve yaşlılar gibi daha önce hedeflemediği kitlelere ve gelişmekte olan ülke gruplarına kaymaktadır. 2012 itibarıyla 80 aşı, klinik testlerin son aşamasını tamamlamış olacaktır, bunlardan 50'si halihazırda aşısı olan hastalıklar içindir. Kamu-özel ortaklığındaki aşı üretim merkezlerinin sayısı 10 yılda ikiye katlanarak 30'a ulaşır. Yeni fon kaynakları ve fon mekanizmaları sürecin önemli teşvikçileri olarak öne çıkar (WHO, 2009). Ancak hangi aşıların pazara ne zaman ekleneceği ve pazarda ne zaman ivmelendirileceğinin özenle seçildiği görülmektedir. Bu seçkide, geleneksel aşıların geri planda kaldığı ve pazarın özellikle "yeni aşılar" olarak tanımlanan gruba odaklandığı dikkati çekmektedir. "Az kullanılan (Underused)" ve "yeni (new)" aşı olarak belirtilen aşılar şu şekilde sıralanmaktadır: Az kullanılan aşılar; 2. doz kızamık (MCV2); 3 doz hepatit B (HepB), Haemophilus influenzae tip b (Hib), sarı humma (YF) ve kızamıkçiktir. Yeni aşılar ise; 3 doz rotavirus, konjuge pnömokok, tek doz Japon ansefaliti (JE) ve konjuge meningokok A (MenA) aşılarıdır (WHO, 2005).

Şekil 1 ve 2'de görüldüğü üzere 2000'lerden bu yana DTP3 aşısının kapsayıcılığında görece hafif bir artış olmakla birlikte, asıl ivmelenme Hepatit B ve 2008 sonrasında Hib aşısında gerçekleşmiştir. Pazar bu aşılar açısından istenilen doygunluğa ulaştıktan sonra pnömokok, ardından rotavirus aşıları pazarın yeni aşıları olarak hız kazanmaktadır.

Pazarda aşı araştırma ve geliştirme ile ilgili yapıdaki aktörler 4 ana grupta toplanmaktadır: Büyük üreticiler (Big Pharma) olarak tanımlanan ilk grup beş ana üretici şirketten oluşmakta ve aşı araştırma geliştirme yerine Faz 3'ten sonraki aşı değerlendirme sürecine talip olmaktadır. Bu süreç daha fazla kaynak ve insangücü gerektirmektedir. Aşının endüstrileşmesi ve pazarlaşmasında ana rol onlarındır. Aşı geliştiriciler (Biotechs) ise Faz 2'ye kadar aşı araştırma geliştirme işini yürütmektedir. Büyük üreticilerin onları yutabildiği örnekler yaşanmıştır. Roche'un Genentech'i 2009'da satın alması böyle bir örnektir. Gelişmekte olan ülkelerin üreticileri daha ağırlıklı olarak geleneksel aşı üretimini üstlenmiştir. Taşeronlar (Subcontractors) ise dördüncü grup olup Biotechs veya BigPharma tarafından onlara ihale edilen her türlü aşı işini yapan şirketlerdir (WHO, 2009). Aşı pazarının neden yeni aşılar yönünde ivmelendiği ve kimlerin bu süreçte kazanç sağladığı bu yapıyı tanıdıktan sonra daha da netleşmektedir.

GAVI'de neler oldu?

Aşının erişilebilirliğini iyileştirmekle ilgili küresel çabalar 1974'te başladı (Genişletilmiş Başışıklama Programı). Altı aşıda (difteri, boğmaca, tetanoz, kızamık, polio, tüberküloz) ülkelerin önerilen aşıları uygulamakla ilgili altyapılarını geliştirmek hedeflendi. 2001'e gelindiğinde aşı sayesinde kızamık ölümlerinin %61'i, tetanus ölümlerinin %69'u, boğmaca ölümlerinin %78'i, difteri ölümlerinin %94'ü önlenilmekte idi (GAVI Alliance, 2010).

1977'de hedef; 1990'a dek tüm dünya çocuklarını bağışık kılmaktı. Ancak bunun mümkün olması ile ilgili şüpheler ortaya çıkınca hedef 1983'te; 1990'a dek tüm dünya çocuklarının %80'inini bağışık kılmaya olarak geriye çekildi. 1990'a gelindiğinde %80 hedefine ulaşıldığının ilan edilmesi ile mevcut mali destekler %67 oranında azaldı. Bu düşüşü tersine çevirebilmek umudu ile UNICEF Vaccine Security Stratejiyi kurdu. UNICEF dünya çocuklarının %55'ine aşıyı ulaştırarak kuruluş olarak hem satın alınabilir hem de kaliteli aşıya erişimi mümkün kılmak için bu stratejiyi geliştirdi ancak bu durum pazarı birkaç şirkete bağımlı hale getirmekten de kurtaramadı. 1990'ların başından itibaren, gelişmekte olan ülkelerde kullanılan aşılardan ve gelişmiş ülkelerde kullanılanlar arasındaki ayırım giderek açıldı. Endüstrileşmiş ülkelerde aşı sağlayıcıların sayısı azaldı ve fazladan üretim kapasitesi azaldı. 1990'ların sonunda aşı ihtiyacına dair bir kriz ortaya çıktı (WHO, 2009).

The Children Vaccine Initiative (CVI) GAVI öncülü bir yapı olarak 1990'ların bu sıkışan sürecini çözme umudu ile kuruldu. Amacı dünya çocuklarının %80'inin en az bir doz aşıya ulaşmasını sağlamak olarak özetlendi. Yeni bir aşı arayışı içerisindeydi. Bu aşı ısıya dayanıklı, tek dozda tam bağışıklama sağlayacak, mümkünse oral uygulanacak ve doğumdan hemen sonra uygulama ile kısa sürede tam bağışıklamayı mümkün kılacaktı. Kuruluşta WHO, UNICEF, UNDP, WB, Rockefeller Foundation görev aldı. CVI ilgisini; aşı geliştirme, üretme, süreci yönetme ve finansmanını sağlama ile ilgili altyapı eksikliğinin giderilmesine yöneltti. Ancak yaşanan yavaş ve umut kırıcı bir süreç oldu (Milstein, 2008).

GAVI, 2000'lerin yeni küresel kamu-özel sağlık işbirliği modeli idi. 5 yılda Bill ve Melinda Gates'ten sağladığı 750 milyon dolar kuruluşun temel kaynağını oluşturdu. Temel hedef; gelişmekte olan ülkelerde özellikle yeni ve az kullanılan aşılarla yönelik daha büyük bir kaynak zemini oluşturmak olarak tanımlanmaktaydı. BKH'ne katkı sağlanacağı sıkça dile getirildi. İlk desteklenecek aşı grubu:

- Yüksek riskli bölgelerde sarı humma aşısı
- Hep B

- HİB aşısı-tercihen DTP ile kombine olarak açıklandı (Milstein, 2008). Lydon, GAVI'yi "ülkelerin 5 yıllık aşı alımını garanti eden küresel bir satın alma havuzu" olarak tanımlarken "etkin bir talebin daha fazla rekabet doğurup sınırdaki ekonomileri de üretmeye heveslendireceği ve bu sayede düşük fiyatları getireceği umudu"nun taşındığını belirtmektedir (Lydon, 2008-1).

GAVI, aşı temininde zorluk çeken ve ulusal geliri en düşük düzeylerde olan ülkelere yardımı hedefler. Kişi başı ulusal gelirin SS\$ 1,000'nin altındaki 72 ülke (DB sınıflandırmasına göre) GAVI'nin kapsama alanındaki ülkelerdir ("GAVI-eligible countries"). DTP3 kapsayıcılığının en az %50 olması ve hükümet tarafından aşının karşılanamıyor olması gerekmektedir. Sarı humma aşısına ilişkin yardımlar bu kriterlerin dışındadır. 2011'den itibaren yardıma esas teşkil eden eşik değer kişi başı ulusal gelirin US\$ 1,500 e yükselmiştir. DTP3 kapsayıcılığı da en az %70 olmalıdır. GAVI'nin ülkelere verdiği destekler;

- 1- Aşılama hizmetleri desteği,
- 2- Yeni ve az kullanılan aşılardan için destek,
- 3- Enjeksiyon güvenliği desteği,
- 4-Sağlık sisteminin güçlendirilmesi.

5- Sivil toplum kuruluşlarının desteklenmesi - A tipi fon olarak sıralanmaktadır. Son maddedeki sivil toplum kuruluşlarının kim olduğu açılacak olursa hükümet dışı yapılar, toplum tabanlı gruplar, profesyonel kuruluşlar ve akademik ve teknik enstitüler olarak belirtilebilir (GAVI Alliance, 2010).

Bu desteğin nasıl unsurlar içerdiği Kamboçya'dan bir örnekle irdelenebilir. DSÖ aylık bülteninde 2004'te yayınlanan makalenin başlığı: aşıdaki hakkaniyetin Kamboçya'da kamu-özel ortaklığı ile geliştirilmesi'dir. Bu örnekte aşı hizmetinin farklı sunum biçimleri ile maliyeti ve bu sunum biçimlerinin hakkaniyet üzerinde yarattığı etki incelenmiştir. Üç tip hizmet sunumu denenmiştir. Bir bölgede hizmeti sadece kamu sunmuştur. Bir diğer bölgede, hizmet tamamen özele (contracting out) ihale edilmiştir. Bir başka bölgede hizmet sunumunun çeşitli unsurları için özelden satın alma yapılmıştır

(contracting in). Sözleşmeler dört yıllığına yapılmıştır. Bu hizmet alımları için kişi başı ödeme esas alınmıştır. Sözleşme karşılığı hizmet sunumunun NGO'lara (makalede bu şekilde belirtilmekte) devredildiği bölgelerde aşı maliyeti kişi başı: 3,88 \$'a ulaşmıştır. Kamunun özelden kısmi hizmet satın aldığı bölgelerde maliyet kişi başı: 2,40 \$ ve sadece kamunun hizmeti üstlendiği bölgelerde kişi başı maliyet 1,65 \$'dır. Ancak yazarlar, kendilerince belirlediği kriterler üzerinden, en hakkaniyetli erişimin, hizmetin tamamen özelden satın alındığı grupta sağlandığını belirtmektedir. Maliyet artışındaki durumun, bu nedenle gözardı edilebileceğini savunmaktadır (Schwartz, 2004). Aşı hizmetinin bir pazar ürünü olarak alınıp satılmasının bu ilginç örneğinde "Sivil toplum kuruluşlarının desteklenmesi" başlığı pek de masum olmayan bir pazarlaştırmanın ifadesidir. Üstelik DSÖ kendi bülteninde bu pazarlaştırma oyununun reklamını yapma görevini de üstlenmektedir.

GAVI'nin yönetsel yapısı

GAVI'nin öncülü olan yapıdan (yani CVI'dan) en önemli farkının aşı endüstrisine "masada yer açılmış olması" olarak belirtilir. Yönetim kurulunun bileşenlerine bakıldığında; gelişmiş ülke hükümetleri, DSÖ, UNICEF, DB, Gelişmiş ülke aşı endüstrisi, gelişmekte olan ülke aşı endüstrisi, sivil toplum örgütleri, donör ülke hükümetleri, GAVI CEO'su, araştırma ve teknik sağlık enstitüleri, Bill-Melinda Gates Vakfı ve bağımsız kişiler için masada ayrı ayrı yer ayrıldığı görülmektedir (Milstein, 2008). Kurulun sekreteryası yönetim işleri ile uğraşırken, Partnerlerin yer aldığı bir de çalışma grubu oluşturulmaktadır. Bu gruplar eylem planlarının gözden geçirilmesi ve uygulanmasından sorumludur.

İlgili başlıklar ise:

- 1-Araştırma geliştirme,
- 2-Uygulama,
- 3-Savunuculuk ve

4-Finansmandır. Küresel bu yapı bölgesel ve yerel düzeyde de kendini tekrarlamakta ve yerel ortakların sürecin içinde yer alması ve onaylaması

sağlanmaktadır. GAVI'nin işletme modeli şu şekilde tanımlanır ve GAVI'nin sağlıklı bir aşı pazarını nasıl tetiklediği şöyle belirtilir:

1. Gelişmekte olan ülkelerdeki talebi yüreklendirir ve ortaklaştırır
2. Yeni üreticiler için pazarı daha çekici kılar.
3. Rekabeti artırır ki fiyatlar düşsün.

GAVI'nin finansman modelinin özellikleri için ise; Katalitik (ilgili ülke hükümeti ve ortakların daha fazla para ayırmasını sağlayan) Additif (mevcut aşı yatırımlarının üzerine ekleme yaptırır), Aşı fiyatlarını düşüren (5 yıllık bir hacim, aşırı "olgun" fiyatlarına çekecektir) Finansal sürdürülebilirliği teşvik eden (GAVI'ye bağımlılığın nasıl azaltılacağı ve kaynakların nasıl dönüştürüleceğini tanımlayan) bir kuruluş olduğu belirtilmektedir. GAVI'nin stratejileri açısından dört temel alan tanımlanmakta ve bu alanların alt hedefleri şu şekilde belirtilmektedir (GIVS, 2005).

Stratejik Alan 1- Daha fazla insanı korumak

1. Hedef nüfusa farklı yaklaşımlar kullanarak ulaşmak
2. Toplumun aşı talebini artırmak
3. Her bölgede ulaşılamayan nüfusa yılda en az dört kez ulaşmak
4. Bağışıklamayı geleneksel hedef grupların ötesine taşımak
5. Aşı ve enjeksiyon güvenliğini artırmak
6. Aşı yönetim sistemlerinin geliştirilmesi
7. Ulusal aşı programlarının değerlendirilip güçlendirilmesi

Stratejik Alan 2- Yeni aşı ve teknolojilerin tanıtılması

1. Yeni aşılar ve teknolojilere karar verme politika geliştirme ve öncelikler belirleme açısından ülkenin kapasitesinin güçlendirilmesi
2. Etkin ve sürdürülebilir biçimde yeni aşı ve teknolojilerin sunulması

3. Halk sağlığı açısından önemi olan hastalıklara karşı aşı araştırma ve geliştirmenin desteklenmesi

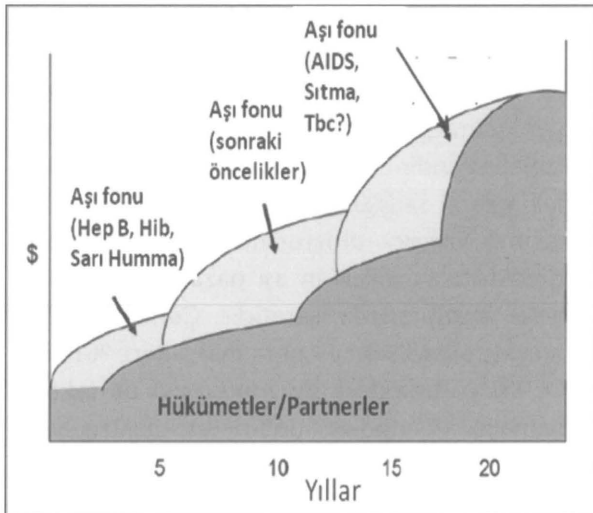
Stratejik Alan 3- Aşının diğer sağlık müdahaleleri ile ilişkilendirilmesi ve izlemi

1. Aşı programlarının güçlendirilmesi
2. İnsan gücünün iyileştirilmesi
3. Entegre edilebilecek uygun müdahalelerin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi
4. Entegre edilen müdahalelerle sinerjinin maksimize edilmesi
5. Bu entegrasyonun sürdürülebilir kılınması
6. Kapsayıcılığın izlenmesi ve olgu temelli süreyansın güçlendirilmesi
7. Laboratuvar ağları yolu ile laboratuvar kapasitesinin güçlendirilmesi
8. Verinin yönetim, analiz, yorum, kullanım ve takasının her düzeyde iyileştirilmesi
9. İnsani acillerde aşıya erişimin sağlanması

Stratejik Alan 4: Küresel "Birbirine bağıllık" (Interdependence) bağlamında bağışıklama

1. İstenen kalitede aşılardan güvenli küresel arzının garanti edilmesi
2. Ulusal bağışıklama sistemlerinin uygun ve sürdürülebilir şekilde finansmanı

Şekil 3. GAVI'nin 5 yıllık dönemlerde finansman kaynaklarına dair planı



Kaynak: Milstein 2008

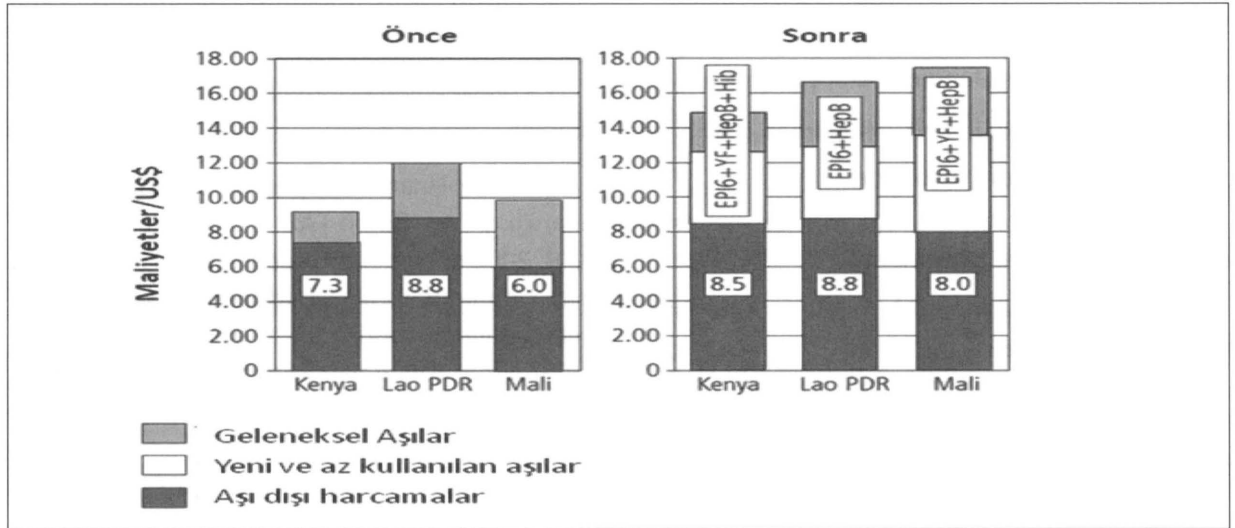
3. Bilginin dağılımının ve iletişimin iyileştirilmesi
4. Partnerlerin rollerinin, sorumluluklarının tanımlanması ve teslim edilmesi

5. Küresel epidemi hazırlık planlarına aşının dahil edilmesi

GAVI'nin Finansman çalışma grubunun (FTF- Financing Task force) FAZ 1 olarak tanımlandığı 2001-2006 dönemindeki hedefi; yoksul ülkelerde aşı finansmanının nasıl yapıldığının anlaşılmasıdır. Hükümetlerin, donörlerin ve gelişim bankalarının bağışıklama programlarını finanse etmek için gerekli olan kapasitelerini iyileştirmek ve karşılanabilir aşı üretimi için araştırma ve geliştirmeyi artıran finansal stratejiler tanımlamak bu çalışma grubunun hedefleri arasındadır (Lydon, 2008-1). GAVI'den destek alan ülkeler, bu süreçte Finansal Sürdürülebilirlik Planı (FSP-(Financial Sustainability Plan) hazırlamakla yükümlüdür. Beş yıllık GAVI desteğinin yarı döneminde ülkelerin bu planı sunmuş olmaları gerekmektedir. Adeta pazar araştırması ve öngörü oluşturma dönemi olarak tanımlanabilecek FAZ 1 dönemi çeşitli araştırmacılar tarafından da şu şekilde ifade edilmektedir. "GAVI ülkelerinde, aşı harcamalarına ve finansman durumuna dair kapsamlı bir veri tabanı oluşturmanın öneminin daha en baştan biliniyor olması ile bu çalışma grubu oluşturuldu." Aşıda maliyet artışlarının ve fiyat politikalarının belirlenmesi için bu bilgilere ihtiyaç vardır. İlgili senaryolar oluşturulurken aşı ve bağışıklamaya dair o ülkedeki tarihi süreç, nüfus tahminleri, aşı kapsayıcılığına dair her yıl beklenen artış ve aşı kampanyalarının hedef kitleleri önem kazanmaktadır. Yeni aşılar nasıl bir alıcı olacağını, bu aşıların ülke pazarına ne zaman gireceği ve uluslararası aşı arzının ne durumda olduğunun en önemli belirleyiciler olduğu bildirilmektedir (WHO, 2005). Bu öngörülerin yapılabilmesi için FAZ I'de derlenen veriler büyük önem taşımaktadır.

Bu dönemde metodoloji, veri standardizasyonu, verilerin birleştirilmesi ve analizi için GAVI'nin partner kuruluşlarından destek alınır. Veri tabanı oluşturma ekipleri kurulur. Ancak pek çok açıdan kaynakları son derece kısıtlı olan bu ülkelerden kaliteli veri akışını sağlamak o kadar kolay olmaz. Yetmiş beş ülkeden

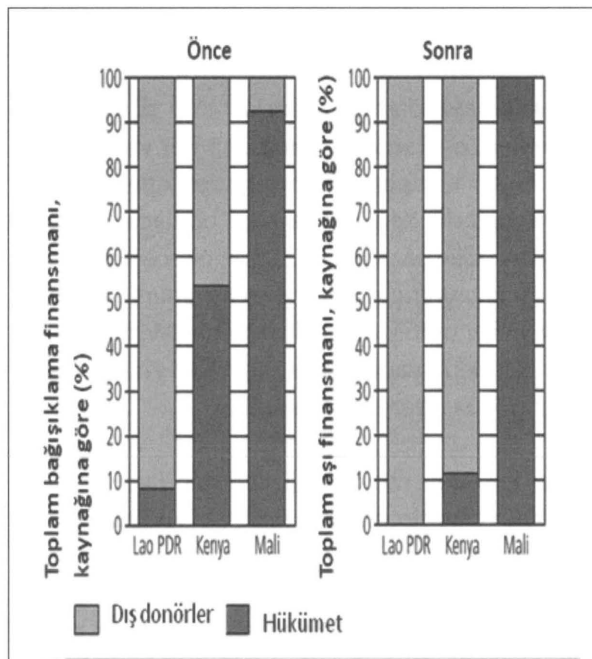
Şekil 4. Kenya, Lao ve Mali'de yeni aşılardan eklenmesi öncesinde ve sonrasında 3 doz DTP ile aşılamanın çocuk başına maliyeti



gelen veriler değerlendirildiğinde, ancak ellisinde uygun ve kaliteli veri sağlanabildiği saptanır (Lydon, 2008-1).

Şekil 3'te GAVI'nin pazarın hacminin şişmesindeki rolü ve yaklaşık 20 yıllık bir dönemde pazarı nasıl terk etmeyi planladığı netlikle

Şekil 5. GAVI'nin devreye girmesi öncesinde ve sonrasında aşı ve bağışıklama maliyetlerinin Kenya, Lao ve mali'deki kaynakları



görülmektedir. Finansal sürdürülebilirliğin tekrar tekrar vurgulanması önemlidir. Üzerinde uzun tartışmaların süregittiği "Finansal sürdürülebilirlik" kavramını GAVI "kendine yeterlilik"ten (self-sufficiency) özenle ayırmaktadır: (Milstein JB, 2008)

Her ne kadar kendine yeterlilik nihai hedef olsa da, yakın erimde sürdürülebilir finansman ülkenin kendi kaynaklarının ve dış kaynakların harekete geçirilmesi ve etkin kullanılması yoluyla bağışıklamada erişim, kullanım, kalite, güvenlik ve hakkaniyet hedeflerine ulaşılmasını ifade etmektedir.

GAVI'nin pazarın hacmini büyütmeyle ilgili çabaları sonuçsuz kalmamıştır. 2000'den beri küresel aşı pazarı 3'e katlanmış ve yaklaşık 17 milyar US\$'ı bulmuştur. Küresel bağlamda 2008 ortası değerlendirmeye göre endüstrinin en hızlı büyüyen sektörlerindedir. Endüstrileşmiş ülkelere yeni ve pahalı aşılardan satışlarından gelen para toplam aşı pazarının yarısını oluşturmaktadır. Bu durum gelişmekte olan ülkelerin aşı pazarındaki payının şiddetle arttığının da işaretidir. Çünkü 2002'de gelişmekte olan ülkeler aşı pazarının sadece %18'idir. DSÖ, aşı pazarındaki bu büyümeyi üç faktöre bağlamaktadır: İnnovatif üretim teknolojileri, artan kamu özel işbirliğinin yarattığı destek ve yeni fon kaynaklarına dair mekanizmalar (WHO, 2009). Görüldüğü üzere aşı pazarı fonlarla şişirilmekte,

pazarda alımı desteklenen yeni aşı grupları nedeni ile hacmi artmakta, ancak GAVI'nin ve donörlerin süreci 20-25 yıl sonunda terk edecekleri göz önünde bulundurulduğunda, şişen bu harcamaların bu ülkelerde daha fazla borçlanma ihtiyacı anlamına geleceği görülmektedir. Üstelik alınan yolda aşı maliyetlerinin umulduğu gibi bir düşüş göstermediği de görülmüştür. Kenya, Lao ve Mali de DTP3 maliyetlerindeki değişim incelendiğinde kişi başı maliyetlerin nasıl arttığı Şekil 4 ve 5'te netlikle görülmektedir (Kaddar, 2004).

Maliyet artışlarına gösterilen gerekçelerden ilki, yeni aşılardan geleneksel aşılarından daha pahalı olduğu gerçeğidir. Pazar genişledikçe ve talep arttıkça fiyatların düşeceği söylemi yaygınlaştırılmaya çalışılsa da, mevcut durum bu olasılığın işlemediğini, fiyatların giderek attığını göstermektedir. Mevcut aşı hizmetlerinin üzerinde oluşan yeni yük de artışı şiddetlendirmektedir (Lydon, 2008-1). Daha geniş depolama alanlarına, daha sık taşıma hizmetine duyulan ihtiyaç yanı sıra personel eğitimi, kamunun bilgilendirilmesi, artan sürveyans ve izlem ihtiyacından doğan gizli maliyetler de maliyet artışını etkileyen unsurlar arasında sayılabilir.

FSP'ler getirdiği yaptırımlarla pazarı anlamayı GAVI için kolaylaştırırken, ülkelerin kendi bütçe olanaklarını takip etmelerini sağlayan olumlu bir unsur da zorunluluk olmaktan çıkarır; Aşının bir bütçe kalemi olarak ulusal bütçede yer alması. DSÖ; FSP'lerin devreye girdiği dönemin öncesinde (1997-2000) hükümetlerden sağlık bütçelerine "aşı" kalemini yerleştirmelerini istemiştir. Bu olumlu uygulama sayesinde, hükümetler aşuya dair kaynaklarını belirlemek zorunda kalarak gerçek bir finansal öngörü oluşturma yolunda önemli bir adım atacaktır. Böyle bir kalemin bütçede var olması o kalemde yıllar içinde yapılan değişiklikleri görme ve gerekirse artırma gibi olanaklar sağlamaktadır. FSP ile birlikte ise aşı kaleminin bütçede yer alması zorunluluğu kaldırılır. Aşı kalemini bütçelerinde gösteren ülkelerin oranı 2000'de %81, 2006'da %86'dır. Düşük gelir grubu ülkelerin sadece %75'inde (2000'de %64) bu kalem vardır. Düşük gelir grubu ülkelerde aşı harcamalarının kamu tarafından

karşılanabilen kısmı da 2000'de %34, 2006'da %38'dir. Dünyada 45 ülkenin aşı ve bağışıklama harcamalarının %50'den azı kamu kaynaklıdır. Yirmi ülke bu harcamalar için tamamen donör bağımlıdır yani hiçbir iç kaynağı yoktur (Lydon, 2008-2).

Strateji denemeleri: GIVS (Küresel aşılama vizyon ve stratejisi), CMYP (Kapsamlı çoklu yıl planı Co-finansman (Eşfinansman), AMC (İleri Pazar taahhüdü) ve daha bir sürü....

GAVI'nin pazardaki finansal mekanizmaları çözmeye, dinamiklerini anlamaya yönelik çalışmalarını içeren FAZ I 2006'da tamamlandı. 2005'te WHO ve UNICEF GAVI'nin 2006-2015 stratejisini açıkladı: GIVS. Tahmin edileceği üzere Faz II'nin eylem planı olarak da yorumlanabilecek bu dönem Aşıya erişimde hakkaniyet vurgusuna odaklanmaktaydı. Basamaklar tarif edilmekte ve BKH'ne erişim için neler yapılması gerektiği aktarılmaktaydı. Dört temel yaklaşım benimsenmişti: Daha çok insanı korumak, yeni aşı ve teknolojilerle tanıştırmak, bağışıklamayı sağlık sisteminin diğer bileşenleri ile entegre etmek, küresel birbirine bağımlılık ("interdependence") bağlamında bağışıklamanın irdelenmesi. WHO-UNICEF, 2008'de yaptığı analizde GIVS hedeflerine 117 düşük ve düşük orta gelir grubu ülkede ulaşmak için gereken parayı 76 milyar US\$ olarak hesapladı (GIVS, 2005).

Bir önceki Faz dan hatırlanacağı üzere ülkelerden FS planları istenmişti. Yeni dönemde artık ülkelerin FSP hazırlamaları artık gerekmemekte idi. Hazırlanması gereken yeni plan; Kapsamlı Çoklu Yıl Planı (cMYP=Comprehensive Multiyear Plan) idi. cMYP yi hazırlarken paydaşlarla formal veya informal görüşme şansının doğacağı, paydaşlarla görüşüp mesajları iletmek için uygun zaman olduğu belirtilmekte idi. Artık savunuculuk (advocacy) zamanı idi. Bir önceki dönemdeki pazar araştırmalarını destekleyen biçimde, bu kez GAVI pazarın unsurlarını birbiri ile buluşturup, kaynaştırmaya teşvik ediyor, bunun nasıl yapılacağını da sistematik hale getirmeye çalışıyordu. Bu konuda atılan adımlara dair bilgi akışını sağlayacak pek çok form da ülkelerin hazırlamakla yükümlü olduğu dokümanlar içinde yerini alıyordu (WHO-UNICEF, 2005).

2007 sonrası için eş finansman (co-finansman) yoluyla ülkelerin maliyetleri GAVI ile paylaşması istenmektedir. Eş finansman için ülkeler, donörler veya başka kuruluşlardan yardım alabileceklerdir. 5 yıllık GAVI desteğini tamamlayan bütün ülkeler eş finansmana başlamak zorundadır. Kızamık 2. dozu dışında GAVI destekli tüm aşılarda eş finansla karşılanmak zorunda olacaktır. Eğer ülke eş finansmanla ilgili yükümlülüğünü yerine getiremezse, örneğin 31 Aralık itibarıyla o yılın borcunu GAVI'ye ödeyemezse, ülke GAVI ile ihtilafa düşmüş sayılmaktadır. Bir ay beklenip ihtar çekilmektedir. Ödeme bir yıl sonunda hala gerçekleşmemişse, GAVI desteği tamamen kesilmektedir. Başlangıçta teşvik ettiği, yeni aşılarda hacmini genişlettiği pazarda GAVI, ülkelerin ihtiyaçlarını ödeyemez duruma geldiğinde, ihtilafa düşülen bir tefeci yaklaşımıyla süreci daha da sıkıştırmaktadır. Temel aşı ihtiyaçlarını bile karşılayamayan bu ülkelere, yardım akışı tamamen kesilmektedir (GAVI, 2008).

GAVI'nin 2011 itibarıyla açıklanan yeni projesi ise AMC'dir (Advance Market Commitment). Projenin ana bileşenleri şu şekilde sıralanmaktadır: İtalya, İngiltere, Kanada, Rusya Norveç Maliye bakanlıkları, Bill & Melinda Gates Foundation, GAVI Alliance ortakları, Dünya bankası, UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü. Donörler, aşı geliştirildikten sonraki fiyatları garanti edecek şekilde bu işe para koyacaktır. Gelecek için tutarlı bir pazar potansiyeli yaratmanın hedeflendiği belirtilmektedir. Hangi hastalıkların hedefleneceği, etkinliğin kriterleri, fiyat ve uzun erimdeki bulunabilirliğine dair kararlar bağımsız bir danışma kurulu tarafından önceden kararlaştırılacaktır. Aşı üreticileri için gerekli olan motivasyon (araştırmaya yatırım yapma, personel eğitme, üretim merkezlerini kurma için gereken yatırım maliyetleri) donör taahhütleri ile sağlanacaktır. Bağlayıcı taahhütler arasında, üretici şirketlerin başlangıçtaki sabit fiyatlardan sonra uzun erimde düşük fiyatlara inebileceğine dair taahhütte bulunması yer almaktadır. Amaçlar; gelişmekte olan ülkelerin ihtiyacını karşılayacak aşılarda geliştirilmesini hızlandırmak, üretim kapasitesini artırmak, öngörülebilir fiyat (üretici ve tüketici açısından) oluşturmak ve AMC konseptini test etmek olarak

bildirilmektedir. Yeni bir fiyatlandırma stratejisinin denemesi de denebilir bu girişime (GAVI Alliance, 2010).

SONUÇ

Bahsi geçen ülkelerin dünyanın en yoksul ve en sağlıksız nüfusları olduğu göz önünde bulundurulacak olursa, sistematik olarak örülen bu ticari ağına ne kadar acımasız bir senaryonun ürünü olduğu daha da netleşmektedir. Bu senaryo; kamusal kaynakların zaten son derece kısıtlı olduğu bu ülkelerde, dev ulus ötesi aşı üreticilerinin küresel kar hedefleri uğruna ve çıkarları adına GAVI tarafından yönetilmektedir. GAVI; bu sözüm ona kamu-özel işbirliği sayesinde, ilgili ulusal pazar araştırmalarını yürüten, gereksinimi ve olası kaynakları saptayan, tarafların temasını mümkün kılan ve aşı pazarının gelecek kurgusuna dair üreteceği stratejilerin taşeronluğunu yapan bir kurum olarak görevini layıkıyla yerine getirmektedir. Sürecin kamu lehinde gelişmediği ve özel sektörün hem karlılığını, hem de üretim kapasitesini istenilen düzeylere yükselttiği ve daha da yükseltmeyi umduğu ortadadır. Alıcı konumundaki yoksul ülkeler ise kendilerine dayatılan çeşitli planları hazırlayıp sürecin edilgen oyuncularını almak, almak ve daha da çok almakla görevlidir. Kaynakları kısıtlı bu ülkelerde, almak, alabilmek "borç" demek olduğu için, küresel pazarın finans aktörleri devreye girmekte ve aşı devleri yanı sıra bu aktörler de süreçten karlı çıkanlar arasına katılmaktadır. Kaybedenler, yoksul ülkelerin aşıya erişemeyen çocukları, anneleri, tüm aşı ihtiyacı olan bireyleri ve borçlarla ipotek altına giren gelecek nesilleri olmaktadır.

KAYNAKLAR

Aksakoğlu, G. (2003) "Uluslararası sermaye ve Bağışıklama pazarı" Toplum ve Hekim Eylül Ekim 2003 Cilt 18 Sayı 5 sf: 323-330

Copenhagen Consensus (2008) Frederiksberg, Denmark; 2008 ; The outcome of Copenhagen Consensus 2008.<http://www.copenhagenconsensus.com/Home.aspx>

GAVI (2010) GAVI Alliance Progress Report 2009. GAVI Alliance, ATAR ROTO PRESSE SA.

GAVI (2008 "New vaccines co-financing Q & A, 2008" GA V I Alliance Secretariat.

GAVI Alliance, (2010) "Investing in immunisation through the GAVI Alliance, The evidence base, 2010" www.gavialliance.org (Erişim tarihi: 25 Mart 2011)

GIVS (2005) "Global Immunization Vision and Strategy 2006-2015" WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals and UNICEF Programme Division, Health Section, WHO/IVB/05.05, 2005

Kaddar, M., Lydon, P., Levine, R. (2004) "Financial challenges of immunization: a look at GAVI." Bull World Health Organ. Sep;82(9):697-702.

Lydon, P., Levine, R., Makinen, M., Brenzel, L., Mitchell, V., Milstien, J.B., Kamara, L., Landry, S. (2008/1) "Introducing new vaccines in the poorest countries: what did we learn from the GAVI experience with financial sustainability?" Vaccine. 2;26(51):6706-16. (1)

Lydon, P., Beyai, P.L., Chaudhri, I., Cakmak, N., Satoulou, A., Dumolard, L. (2008/2) "Government financing for health and specific national budget lines: the case of vaccines and immunization." Vaccine. 2;26(51):6727-34.(2)

Milstien, J.B., Kamara, L., Lydon, P., Mitchell, V., Landry, S. (2008) "The GAVI Financing Task Force: one model of partner collaboration." Vaccine. 2;26(51):6699-705.

Plotkin, S.L., Plotkin, S.A. (2008) A short history of vaccination, "Plotkin S, Orenstein W, Offit P (eds). Vaccines" Saunders Elsevier.

Schwartz, J.B., Bhushan, I. (2004) "Improving immunization equity through a public-private partnership in Cambodia." Bull World Health Organ. Sep;82(9):661-7.

WHO (2002) "State of the World's Vaccines and Immunization" WHO, UNICEF, WB. <http://www.who.int/vaccines/en/sowvi2002.shtml>

(WHO, 2005) "WHO Immunization Coverage Estimates and Trajectories (WHO ICE-T)". Web Annex 1: Trajectories for Scaling Up Immunization (WHO ICE-T). Department of Immunization, Vaccines and Biologicals, Geneva, Switzerland.

WHO UNICEF (2005) WHO UNICEF guidelines for developing a comprehensive multiyear plan(cMYP) World Health Organization Department of Immunization, Vaccines and Biologicals WHO/IVB/05.20. Geneva 27, Switzerland.

WHO- UNICEF-World Bank (2009) "State of the world's vaccines and immunization, 3rd ed. Geneva, World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563864_eng.pdf

WHO (2010) "Vaccine-preventable diseases: monitoring system 2010 Global Summary", Immunization, Vaccines and Biologicals. http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en/ (Erişim tarihi: 25 Mart 2011)

WHO-CSDH, (2007) "Achieving Health Equity: From Root Causes To Fair Outcomes." Commission On Social Determinants Of Health http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/cdsh_interim_statement_final_07.pdf (Erişim tarihi 20 Aralık 2010)

WHO- UNICEF (2006) Guidelines for developing a comprehensive multi-year-plan(cMYP), Expanded Programme on Immunization of the Department of Immunization, Vaccines and Biologicals, WHO/IVB/05.20, Geneva, Switzerland