

Toplum ve Hekim, 2003; 18: 323-30 'da yayımlanmıştır.

ULUSLARARASI SERMAYE VE BAĞIŞIKLAMA PAZARI

Gazanfer Aksakođlu

İlkokul öğrencisine sorsanız, sağlıkta korunma denince ilk aklına gelen aşılama olur. Sokaktaki yurttaşın görüşünü alsanız, bağışıklamanın devlet görevi olduğunu söyler. Öyle mi? Hayır, artık o günler geride kaldı. Bağışıklama da, aşı üretimi de devletin elinden ve kamu görevi olmaktan çıkarıldı, sermayeye teslim edilerek tatlı karlar için yatırım aracına dönüştürüldü. Artık bebeklerin ve erişkinlerin bağışıklanmaları üzerinde kişisel, kurumsal ve sınıfsal çatışmalar, uluslararası sermayenin kanlı çıkar oyunları yer alıyor.

Küreselleşmenin amaçları

Emperyalizmin, kibarlaştırılmış güncel adıyla küreselleşmenin, İkinci Paylaşım Savaşı'nı izleyen yıllardaki uzlaşmacı görünümlü sosyal devlet yaklaşımı 1970'li yıllarda değişmeye, kapitalizmin gerçek ve sömürücü yüzü tüm açıklığıyla görünmeye başladı. Az gelişmiş dünyadaki uyanma belirtileri, petrol kriziyle ortaya çıkan ekonomik bunalım, VietNam'da yenen tokat, sınıf çatışmasının gerektirdiği keskinliğin sermaye tarafından yaygınlaştırılmasında ateşleyici unsurlardı. Kapitalizm gerçek amaçlarına uygun yönelimlerini tüm sektörlerde birden ve hızla devreye sokmaya girişti. Yaygın kabul görmüş olan sosyal devlet anlayışının o günlere dek -ABD dışında- dokunulmaz görülen eğitim ve sağlık alanlarına hızla yöneldi. Eğitim ve sağlığın görece dokunulmamış özellikleri ve başta çocuk ve gençler olmak üzere duyarlı olunan kişilere gösterilen önem ve özen nedeniyle vazgeçilmez nitelikleri, bu alanları karlı kılıyor ve çekiciliklerini artırıyordu. Sermaye de öncesine göre daha palazlanmış, uluslararası ortaklıklar oluşturmuş, "teknolojinin evrensel paylaşımı" uyutmasıyla iletişimini evrenselleştirmiş, milyar nüfuslu pazarlar ve ucuz emek gözünü kamaştırır olmuştu. Başlangıçta çekingen de olsa, yeni ve bakir dünyalara doğru daha donanımlı ve örgütlü bir saldırıya girişti.

Oluşan Büyük Pazarlar

1980'li yılların sonunda uluslararası sermaye gözüne kestirdiği yeni pazarları belirledi ve 1990'lı yılların başlarında Oluşan Büyük Pazarlar (BEM: Big Emerging Markets) olarak ABD hükümetine sundu. 10 gruptan oluşan ülkeler büyük nüfusları, ekonomik genişleme potansiyelleri ve kendi coğrafyalarında oluşturdukları siyasal etki alanları ile dikkat çekiciydi. Ayrıca özelleştirmeye geçiş sürecinde olma ve ucuz emek sunma özellikleri vardı. Bunlar Güney Kore, Hindistan, Güney Afrika, Polonya, Türkiye, Meksika, Brezilya, Arjantin, Güneydoğu Asya Ulusları Birliği (ASEAN: Brunei, İndonezya, Malaysiya, Filipinler, Singapur, Tayland, VietNam) ve elbette Çin Ekonomik Alanı (CEA: Çin, Hong Kong, Tayvan)'ndan oluşuyordu. ABD, Japonya ve AB'nin her üçü için de bu ülkeler çok çekici alanlardı ve yalnızca ABD'ye 1990-2010 arasında bir trilyon dolarlık dışsatım olanağı sağlayabilecek, artacak dışalım olanakları ile bu ülkelerin dünya pazarındaki payları %19'dan %38'e çıkabilecekti. Yatırım için en çekici alanları bilgisayar ve iletişim, ulaşım, enerji, finans sektörü ve sağlık oluşturuyor; sağlık alanında gelişmiş tıbbi teknoloji, ilaç üretimi, biyoteknoloji ve hastane yönetimi hizmetleri öne çıkıyordu (Kader V, Barry P, Cooper M, 1996). Planın gerçekleşmesinde ilk aşama küreselleşme adıyla ulusal örgütlenmelerin ve kimliğin yok edilmesi olmalıydı.

Küreselleşmenin sağlık alanındaki hedef ülkeleri ve saldırı alanları netleşmişti. Sıra saldırı stratejisi ve taktiğinin belirlenmesi sonucu finansal kaynakların oluşturulmasına, örgütlenmeye, hedef ülkelerin ve uluslararası sağlık kuruluşlarının ikna edilmesine gelmişti.

Çok Sektörlü Küresel Fonlar

Sermayenin yeni sağlık programlarına finansal destek sağlayacak, aynı zamanda kurumsal ve uluslararası ortaklıklar oluşturmaya zemin hazırlayacak yapılanmalara gereksinmesi vardı. Programları yürütecek anaparanın da salt sermaye kesiminden çıkması beklenmemeli, hükümetlerin doğrudan ve Birleşmiş Milletler (BM), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi evrensel kuruluşlar aracılığıyla dolaylı olarak halktan toplanan paralarla katkısı sağlanmalıydı. Çok Sektörlü Küresel Fonlar (MGF: Multisectoral Global Funds) adıyla hükümetlerin, evrensel kuruluşlar, yerel toplum kuruluşları ve özel sektörün ortak fonlarının oluşturulması, sonra onların etkinliklerini bağımsız olarak ve uygun gördükleri doğrultuda sürdürmeleri en doğru çözümdü. Böylece MGF'nin üç temel özelliği ortaya çıkmış oluyordu:

- 1) *Çok sektörlülük*; yani farklı sektörlerden parasal olanak sağlanması,
- 2) *Bağımsızlık*; yani tüzel kişiliğe sahip ve başka kurumlara karşı sorumlu olmaksızın çalışması,
- 3) *Konu tabanlı*; yani dar ve küçük alanlarda işlevde bulunması.

Sayılanlar bir işletmenin kar getiren bir işte etkin olması için gerekli ve yeterliydi. Etkinlik sürecinde bazı kurumların devrede olması zorunluymuştu:

- a) *Kamu sektörü*: Hükümetler "kamu"nun temel gücünü oluşturuyor, bazılarınca ulusal hükümetlerin oluşturduğu evrensel örgütler olan BM, DSÖ, hatta BM Çocuk Sağlığı Fonu (UNICEF) gibi oluşumlar bile kamu sektörü sayılıyordu. Bu kuruluşların varlığı örgütü yasallaştırıyordu.
- b) *Özel sektör*: Vakıflar, sanayi grupları, yüksek gelirli bağış yapan bireylerle, toplumlardan alınan bağışlar bu grupta sayılıyordu.
- c) *Sivil toplum kuruluşları*: Özellikle uluslararası ve ulusal düzeyde örgütlenmiş olanları gözdeydi.
- d) *Uzmanlaşmış eğitim ve araştırma kuruluşları*: Adı konmadan üniversiteler kastediliyor, "üniversite-sanayi" işbirliği maskesi ile kamu bilimsel kaynaklarının sermayeye kazanç sağlama aracı olarak kullanılması amaçlanıyordu.

Kurucuları tarafından etkin ve yararlı olduğu su götürmez görülen MGF'lerin bir kusuru yandaşlarıncı dile getirilmeden edilemiyordu: Etkin oldukları topluma karşı sorumluluk taşımadıklarından demokratik olduklarını söylemek olası değildi (**Heimans JJ, 2002**).

MGF'lerin yalnız sağlık alanında değil, tüm dallardaki en görkemli kuruluşu, gerçek anlamıyla "gururu" Küresel Sağlık Fonu (GHF: Global Health Fund) oldu. GHF adı üzerinde, hem fon idi, hem sağlık alanındaydı, hem de üstüne üstlük, küreseldi! Onu BM Genel Sekreteri Kofi Annan akıl etmiş(!) ve 2000 yılında Cenova'da G8 zirvesinde önermişti. Üstelik "bağımsız bir kurul" tarafından yönetilmesini istemişti; böylece kuruluş amacı olan Sıtma, Tüberküloz ve AIDS "savaşına başkalarının da katılmasını özendirmiş" olacaktı (**Brugha R, Walt G, 2001**). Bill ve Melinda Gates Vakfı ve -adı Bergama altını ile birlikte anılan- Anglo-American firması da kuruluşta yerini almakta gecikmedi. G8 Sağlık Uzmanları Grubu eski başkanı Eduardo Missoni bile var olan BM kuruluşlarının ve bu hastalıklar konusunda yetki ve sorumluluk sahibi DSÖ'nün niçin bu işle görevlendirilmediğini anlayamıyordu. GHF'nin kuruluşunda yer alan "iyiniyet ve adanmışlık" ile, G8 üyesi ülkelerin vermekle yükümlü olacağı 1.3 milyar dolar yerine bugüne dek niçin yalnızca 0.2 milyar ödemiş olduklarını da kavrayamıyor, sayılan nedenlerle kurulan fonu bir "küresel blöf" olarak görüyordu (**Missoni E, 2001**). GHF'nin 7-10 milyar dolar olması planlanan bütçesi geliştirilemedi, 0.2 milyar ile sınırlı kaldı.

Halk Sağlığı İçin Kamu-Özel Ortaklığı

Uluslararası sermayenin çabalarının sonuçları kısa zamanda görülmeye başlandı, kamu kurumlarından ve özellikle akademik kuruluşlardan birçoğu özel sektörle işbirliğine yöneldi (**Blumenthal D et al, 1996**). Eski politikacı Gro Harlem Brundtland DSÖ'nün yeni Genel Başkanlığına seçilir seçilmez, ayağının tozuyla "özel sektör ve sanayi ile açık ve yapıcı ilişkiler" kurulması çağrısında bulundu (**WHO, 1998**). Kamu kuruluşları ile özel sektör işbirliği yaygınlaştıkça sağlık alanında yeni bir terim oluştu: Kamu-Özel Ortaklığı (PPP: Public-Private Partnership). Oluşumun gerekçesi çok yalındı: Küreselleşmeyle birlikte pazara yeni teknoloji ürünleri hızla çıkıyor ve yayılıyor, zavallı yoksul ülkeler yeni olanaklardan sürekli yoksun kalarak yürek burkan bir çelişki oluşturuyorlardı. Çözüm, kamu ile özel sektörün işbirliğini sağlamak, üçüncü dünyayı düzenlemektir. PPP oluşumu için üç koşul gerekliydi:

- a) İşbirliğinde kar amacı az olan bir özel kuruluş, bir de kar amaçlı olmayan kamu kuruluşu yer almalıydı.
- b) Ortaklar daha çok yoksul toplumlara yönelik toplumsal değerler yaratma amacı gütmeliydi.
- c) Ana ortaklar tüm çaba ve çıkarları paylaşmalıydı.

Ortaklık mantığı ve gerekçesi de çok netti. Kamu sektörü sorunu tek başına çözemezdi, çünkü yeni aşı ve ilaçların neredeyse tümü özel firmalardan geliyordu. Özel firmalar sorunu tek başlarına çözemezdi, çünkü kar ortaklarına karşı yükümlülüklerini varsıl dünyanın gelişkin ürünleri ile sağlayabiliyorlardı. Yoksul dünya için yeni aşı ve ilaç üretilebilmesinin iki ana yolu vardı: Yeni aşı ile ilaç maliyetini azaltacak "itici" güç, onlar için pazarı genişletecek "çekici" güç. Bunları oluşturacak etmenler de bir biyoteknoloji şirketi, bir geliştirme grubu, bir de az gelişmiş ülke idi (**Smith R, 2000**).

Mantar gibi üremeye başlayan yeni oluşumlar için DSÖ'nün genel merkezi Cenevre'de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı Girişimi oluşturuldu ve Sağlık Araştırmaları Küresel Forumu ile ilintilendirildi. Ortaklık temalarının sayısı çok artınca, 2000 yılında 10 ana başlık oluşturuldu. Hastalık kontrolü-ürün geliştirme, hastalık kontrolü-ürün dağıtma, sağlık hizmetlerini güçlendirme, geleneksel tıbbi ticarileştirme, sağlık programları eşgüdümü, bunlardan bazılarıydı. Yine de piyasa oluşturmada güçlük yaşanıyordu. AIDS için geliştirilen ilaçların yalnızca Senegal, Ruanda ve Uganda'da pazar bulabilmesi kaygı yaratmış, Tripanozomiyazis ilacı da ortaklar arası kar anlaşmazlıkları nedeniyle tutmamıştı. Yeni üretim teknikleri nedeniyle çok daha fazla kar getirmesi beklenen aşı pazarında aynı sorunların yaşanmaması için özel çabalar gösterilmesi gerekiyordu (**Reich, MR, 2002**). DSÖ küresel dünya coğrafyasına ortak olarak adımını atmaları, özel sektör ile etkileşiminde kalkan görevi üstlenerek bu girişimlerin toplumun sağlığı yararına olduğu konusunda güven yaratmalıydı (**Yamey, G, 2002a**).

Ortaklıklara olumsuz eleştiriler de doğal olarak geliyordu. Konuya genelde olumlu yaklaşan Londra Hijyen ve Tropikal Hekimlik Okulu (LSHTM)'nden Gill Walt, Bill ve Melinda Gates Vakfı'nın yalnızca aşılardan için 1 milyar ve bulaşıcı hastalıklar için 6 milyar dolar ayırdığını, oysa DSÖ'nün bir yıllık bütçesinin ancak 1 milyar dolar olduğunu vurguluyordu. 1990'dan sonra sanayi sermayesinin olağanüstü güçlenmesinin yeni marka ve görüşlerin ortaya çıkması açısından fırsat olduğuna ve küreselleşmenin kurumsal anlaşmalar sağladığına değiniyor, öte yandan istikrarsız ve yüksek nüfuslu ülkelerin riskli sayılarak ortaklıklara alınmayacağı kaygısını taşıyordu (**Walt G, 2001**). Uluslararası Sağlık Eylemi (HAI: Health Action International) konuya daha radikal bakıyordu. HAI iletişim yönetmeni Lisa Hayes en büyük 5 çokuluslu şirketin sermayesinin en yoksul 100 ülke ulusal gelirinin iki katından fazla olduğuna değinerek, özel sektörün sınırsız kaynaklarının halk sağlığı girişimlerinde karşı konulamaz baskın güç oluşturduğunu belirtiyordu. HAI'nin, sözkonusu girişimlerin yardım edilmesi amaçlandığı öne sürülen toplumların sağlık koşullarına etkisinin ölçüldüğüne inanmadığını açıklıyordu (**Hayes L, 2001**). Amsterdam Üniversitesi Tıbbi Antropoloji Bölümü'nden Anita Hardon bugün sağlığın insan hakkı değil ekonomik mal olarak görüldüğünü, aşılama

politikalarının eşitlikten uzaklaşarak 'ortaklık'a dönüştürüldüğünü ve yeni aşılar için pazar yaratmaya odaklandığını belirtiyordu. Yerel ve ulusal aşı üretim olanakları çok daha ucuza aşı sağlarken, uluslararası özel girişim yerel aşı üretme kapasitesini düşürmeyi amaçlıyordu (**Hardon A, 2001a**).

Yeniden dikey örgütlenme

Ortaklıkların yapmayı amaçladıklarını bir öncü kuruluş el yordamıyla başlatmış ve kendi açısından önemli başarıları ulaşmıştı bile. UNICEF 1974'te Genişletilmiş Bağışıklama Programı (EPI: Expanded Programme on Immunisation)'nı ortaya çıkarmış, 1980'li yılların başlarında GOBI-FFF adıyla genişlettiği programın aralarında Türkiye'nin de bulunduğu çok sayıda ülkede uygulamaya geçirilmesini sağlamıştı. Programın temel anlayışı Alma-Ata'da yaşama geçirilen Birincil Sağlık Hizmeti (BSH)'nin durdurulması, yerine dikey örgütlenmeye dayalı, tek amaçlı küçük sağlık etkinliklerinin geçirilmesiydi. GOBI-FFF'in açılımı başlıca ilgi alanlarının büyümenin izlenmesi, oral rehidratasyon, emzirme ve bağışıklama olduğunu, sağlık örgütünün bunlar için özel bir etkinlik uygulaması gerektirdiğini gösteriyordu.

Hedef alınan ilk ülkelerden biri Türkiye idi. Uygulamanın sağlık sisteminde bütüncül bakışı, diğer sektörlerle bağlantıyı ve sağlık ocaklarının tümelci etkinliğini yok edeceğini ileri süren bağışıklama yerel danışmanı (yazar) ve UNICEF Türkiye sorumlusunun bağlantılarına son verildi, yerlerine iki ABD'li danışman ve Hindistanlı sorumlu görevlendirilerek Turgut Özal hükümetinin isteğiyle ilk bağışıklama kampanyası 1985'te gerçekleştirildi. Yapılmayan aşılardan yazılı olarak bildirilmesi anlamında sağlık ocaklarında kullanılan "kalem aşısı"nın ilk kez uygulandığı bu kampanyanın sonuçları henüz alınmadan Başbakan'ın eşine New York'ta düzenlenen bir törenle madalya sunuldu, UNICEF başkanı James Grant görevine yeniden atandı. İzleyen yıllarda ulusal aşı günleri, mop-up, gibi adlarla sürdürülecek bu çalışma sağlık ocağı düzenli etkinliğini olumsuz etkileyecek, sağlık personelinin çalışma hevesini kırarak, Türkiye'de Polio salgınına dek uzanan olumsuz sonuçlar verecekti.

UNICEF'in 1990'larda üç kampanya girişimi oldu. Toplum sağlığı çalışanlarından aldığı tepki nedeniyle kampanyalara artık kampanya denmiyor, ulusal aşı günü adı takılıyordu. İlki 400 milyon dolar bağışla gerçekleştirilen ve ülkelerin düzenli aşı programını altüst eden Polio kampanyasıydı. İkincisi finansı UNICEF tarafından sağlanan kampanyaydı ve tüketici ülkenin parasal katkısı da isteniyordu. Üçüncüsü özel vakıflarca desteklenen ve yeni geliştirilen aşılardan kullanıma sunan "büyülü mermi"* hareketiydi (**Hardon A, 2001a**).

Dikey programların yeniden etkin kılınması ve BSH'nin yerini alması düşüncesi 1979'da İtalya'da Bellagio'da Rockefeller'in düzenlediği konferansla oluşturulmuştu. Konferansa göre sağlık ocaklarının kurulması, su ve sanitasyonla ilgilenmesi, ilaç ve malzeme buldurması, hastane ve benzeri kurumlarla sevk zinciri içinde çalışmaları hem çok pahalı hem de düşsel bir beklentiydi. Azgelişmiş ülkelerin öncelikleri belirleyerek örneğin yalnızca çocukları hedef almaları, bağışıklama ve oral rehidratasyon (ORT) gibi etkinliği kanıtlanmış girişimler uygulamaları, suyun geliştirilmesi ve Şistozoma ya da Sıtma gibi pahalı ve sonucu belirsiz programları ertelemeleri, kampanyalar ve gezici ekiplerle çalışmaları öneriliyordu. Tasarının destekçileri UNICEF, USAID ve Centers for Disease Control (CDC) olmuştu (**GLoyd S, Roy K, 2000**).

* *John F Kennedy'nin öldürülmesinde kendisinde ve Senatör Connally'de 7 yara açtığı Dallas polisince ileri sürülen, fotoğraflarından ve Bölge Savcısı Jim Garrison'ın açıklamalarından hiç kullanılmamış olduğu belli olan mermiye gönderme yapılıyor. Öldürme eyleminin bir komplo olmadığı ve tek kişi tarafından düzenlendiğini savlamak için kullanılmıştı (Oglesby C. Who killed JFK? Odonian Press, Berkeley, 1992).*

Yaklaşımın temel noktası ivedi sağlık sorunlarını hızla ortadan kaldırmak gibi görünse de, temelde toplum kalkınmasını ve ulusal sağlık sistemlerini hedef aldığı açıktı. Sağlık sorunlarının tek tek hastalıkların ortadan kaldırılmaya çalışılması ile çözülemeyeceği artık biliniyordu. Girişimcilerce, tüm dünya çocuklarına Kızamık başta olmak üzere temel aşuların yapılması ile yılda 3 milyon çocuğun yaşamının kurtarılacağı savlanıyor (**Brown P, 2003**), oysa bu çocukların beslenme yetersizliği, uygun olmayan barınma koşulları, eğitimsizlik gibi nedenlerle ve pnömoni, ishal, kaza gibi sonuçlarla öleceği gözardı ediliyordu. Örneğin Kasongo, Zaire'de 1981'de Kızamık aşısı uygulanan ve uygulanmayan iki grup çocukta izleyen yıllarda ölüm hızlarında farklılık bulunmamıştı. Honduras'ta 1984-5 ORT kampanyasının hemen ardından Polio salgını gelişmişti (**GLoyd S, Roy K, 2000**).

Toplumun genel sağlık düzeyinin geliştirilmesini önemsemeyen çalışmaların sağlıksız sonuçları dikkate alınmadan dikey örgütlenme programları sürdürüldü. Amaç toplumun sağlığı değil, bireylerin sağlık kaygıları üzerinden ivedi olarak sağlanacak karlardı. UNICEF'in öncülük ettiği dikey programların sağladığı girişim deneyimi, sağlık alanında özel sektörün örgütlü ve bilinçli yapılanmalarına açılım sağladı.

Bağışıklamaya özel ortaklıklar kuruluyor

Kendiliğinden gelişmeler, denemeler, hedef ülkeleri alıştırılardan sonra sıra örgütlü saldırıya geldi. 1990'da UNICEF, DSÖ, BM Kalkınma Programı (UNDP) Dünya Bankası (DB) ve Rockefeller Vakfı tarafından Çocukların Aşılınması Girişimi (CVI: Children's Vaccine Initiative) kuruldu. Amaç yeni ve geliştirilmiş aşuların uygulanmasıyla Üçüncü Dünya'nın "on milyonlarca zavallı çocuğunun yaşamını kurtarmak" tı. Daha başlangıçta işin güçlüğü görüldü: Kamu ve özel sektörün bir araya gelmesinde belirgin bir ideolojik karşıtlık ortaya çıkmıştı. Halk sağlığı alanında ulusal ve uluslararası düzeyde çalışanlar görevlerinin insanlığa yarar olduğunu düşünüyordular. Özellikle öldürücü infeksiyon hastalıklarından koruyan aşular doğaları gereği insancıl görülüyor, yaşam kurtaran aşuların kar amaçlı üretilmesi temelden ahlak dışı bulunuyordu. Aşular toplumun hizmetinde olmalıydı, hatta toplumsal haktı, satılıp alınacak mal değildi. Özel sektördeki bu yaklaşımı şaşkınlıkla ve dehşetle karşıladılar. Kar peşinde olmak girişimciliğin motoruydu. Yaşam kurtaran ürünlerin elde edilmesini sağlıyor, yaratıcı bireyleri en iyiyi elde etmeye güdülüyordu. Tartışma uzun sürdü. İlerleyen yıllar kamu sektörünün aşı toplantılarında özel sektörün varlığının yasallaşmasını sağladı. ABD Kara Kuvvetleri Tıbbi Araştırma Komutanlığı'ndan emekli General Dr. Philip Russel'in CVI'nin başına geçmesiyle gelişme güç kazandı. İki sektör arasındaki açığın kapatılmasında en önemli etken sanayi temsilcilerinin uluslararası sağlık örgütleri toplantılarında kamu kesimi temsilcileriyle kurdukları sosyal ve kişisel ilişkiler oldu. CVI'nin resmi görevi 'çok sayıda antijen içeren, doğuma yakın uygulanan, ağızdan verilmesi yeğlenen, uzun etkili, tek dozluk' "büyülü aşı" yı üretmektir. Ancak özel sektör 'DSÖ'nün görevini etkin yürütememesinden ya da yürütmekte isteksiz olmasından kaynaklanan' güçlüklerle karşılaşılıyordu. Sorunlardan biri Hepatit B (HBV) aşısı, diğeri üretilmesi planlanan Haemophilus influenza b (Hib) aşısı idi. Özel sektör yeni aşuların geliştirilip az gelişmiş ülkelerde uygulanmasını istiyor, DSÖ henüz temel aşuların uygulanmadığı gerekçesiyle ağır davranıyordu. Mart 1999 da yine Bellagio'da Rockefeller Vakfı önderliğinde toplanan konferansta ülkelerin gelişmişliğine göre fiyat artışı öngören 'katlanan fiyat kavramı' ve 'düşünsel mülkiyet hakkına saygı' ön plana çıktı ve bu 'aşı sanayiinin pasif ortaklıktan aktif ortaklığa geçtiği' toplantı oldu. Rockefeller Vakfı yavaş ilerlediğini düşündüğü CVI yönetimine bir 'darbe ile el koyma' girişimlerine başladıysa da, buna gerek kalmadan DB devreye girdi.

DB sağlık, beslenme ve nüfus bölümü başkanı, halk sağlıkçı, LSHTM eski dekanı Dr. Richard Feachem'in Washington'da düzenlediği toplantıya UNICEF, DSÖ, DB başkanları ile Pasteur-Merieux-Connaught, Merck, Chiron, Wyeth-Lederle, SmithKline yöneticileri ve Uluslararası İlaç Üreticileri Konfederasyonu (IFPMA: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers' Association) başkanı katıldı. Feachem'in belirlediği gündem üç ana temadan oluşuyordu: 1) Yeni aşular niçin yoksul ülkelere de sunulmasın? 2) Ulusal

aşılama programları neden başarısız? 3) Piyasa değeri düşük aşılarda Araştırma-Geliştirme yatırımı nasıl artırılmalı? Tartışmalar DB'nin istediği doğrultuda ve görüş birliği ile geçti. DB sağlığa milyarlarca dolar yatırmayı planlıyor, ancak DSÖ'nün deneyimi ve teknik bilgisi olmaksızın bunu başaramayacağını biliyor, son sözü DSÖ'nün söylemesi gerektiğini algılıyordu. Toplantıya Brundtland DSÖ başkanı olarak değil, henüz başkan adayiyken katılmış olmasıyla DB'nin girişimini destekleyeceği ipucunu veriyordu. O ve ekibi DSÖ içinden gelmemişlerdi, yani kamusal görüş taşıyorlardı. Ayrıca CVI'nin ağır gelişmesine neden olan da DSÖ'nün kamucu yaklaşımıydı. Şimdi DSÖ'nün ve dolayısıyla CVI'nin değişmesi için bir fırsat yakalanmıştı. Brundtland'ın DSÖ'de göreve başlayan yönetiminin yaklaşımıyla yeni aşılarda geliştirilmesi ve pazarlanması sorunu önemli ölçüde giderildi. Yine de CVI yönetiminin teknik donanımlı DSÖ'nün eline geçmesine engel olunamadı. CVI'nin bağımsız bir örgüt olması çabaları sürdürülürken daha da beklenmeyen bir gelişme oldu. DSÖ yönetimi, iç dengeleri ve Genel Kurulu'nu oluşturan dünya ülkelerinin direncini göz ardı edemeyerek, özel sektörü şok eden bir kararla, kuruluşunun onuncu yılında CVI'nin dağıtılmasına karar verdi (**Muraskin W, 2002**).

Özel sektör savaşımı yitirmiş görünüyordu, ancak kamu sektörü ile ilişkilerin geliştirilmesini öğrenme açısından önemli bir deneyim kazanmıştı. Diğer kazanımlar, yerel düzeyde bir kısım kamu aşı üretimi laboratuvarlarının özelleştirilmiş olması ve özel ilaç firmalarının aşı üretimine yönelmeyi karlı bulmaya başlamalarıydı. DB'nin öncülük ettiği 'sağlığa yatırım' yaklaşımı tutmaya başlamıştı. Gelişmeler için artık yeni bir süreç başlıyordu.

Ve sahnede GAVI

Pazar giderek genişlemeye başlamış, özel sektör işe ısınmış, kamu sektörü özel sektörün isteklerinin toplumun gereksinmelerinin önüne geçmesine alışmaya başlamıştı. Sektördeki gelişmeye artık bir 'Baba' gerekiyordu. Bilgisayar devi Gates'in Bill ve Melinda Gates Vakfı duruma el koyma zamanının geldiğini fark etti. Polio eradikasyonu kampanyaları, Rockefeller ve Elton John ile oluşturdukları Uluslararası AIDS Aşısı Girişimi ve yeni Tüberküloz aşısı çabaları onlara bağışıklama pazarında yeterli bilgi birikimi ve deneyim sağlamıştı (**Nossal GJV, 2000; Smith R, 2000**). 1999 yılı sonunda Gates'in girişimiyle Seattle'da yeni bir örgüt kuruldu, ABD Başkanı Bill Clinton'dan her türlü destek sözü alındı ve 31 Ocak 2000'de Davos'taki Dünya Ekonomik Forumu'nda törenle hizmete açıldı. Aşılar ve Bağışıklama için Küresel Birlik (GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization) adını alan kuruluşun salt bağışıklama ile değil, aşı üretimi ile de ilgileneceği adından anlaşılıyordu. Tümüyle bağımsız sayılmazdı; UNICEF Cenevre bürosunda küçük bir sekreterlikle de temsil edilecekti. Kurucularının özel sektörün dev öncüleri yanında kamu sektörünün güçlü örgütlerinden de oluşmasına özen gösterilmişti: DSÖ, UNICEF, DB, Rockefeller ve Gates Vakıfları, az gelişmiş ve sanayileşmiş ülkeler hükümetleri, sivil toplum sektörü, az gelişmiş ve sanayileşmiş ülkelerin ilaç sanayicileri, sağıktaki araştırma birimleri ve teknik enstitüler. Yönetim Kurulu'nu temsilcileri yeniden seçilebilen dört temel kurum (DSÖ, UNICEF, DB, Rockefeller Vakfı), rotasyonla gelen ve diğer sektörleri temsil eden onbir üye (az gelişmiş ve gelişmiş ülke hükümetleri ve ilaç sanayicileri) oluşturuyordu. İlk başkanlığı DSÖ genel Başkanı yapacak, bir yıl sonra görevi UNICEF Yürütme Kurulu Başkanı'na devredecekti (**Mackenzie JE**). Haziran 2003'te Yönetim Kurulu bileşimi şöyle oluşmuştu: Bill ve Melinda Gates Vakfı, UNICEF, Dünya Bankası, DSÖ, Aşı Fonu (VF: Vaccine Fund) ; Moğolistan, Mozambik, Hindistan, Kanada, Fransa, ABD hükümetleri; CDC, Wyeth, Hindistan Serum Enstitüsü, Sierra Leone Kızıl Haç Derneği, Gothenburg Üniversitesi (**GAVI, 2003**).

Başkan Clinton'ın çağrısı üzerine dört büyük aşı/ilaç üreticisi, yeni piyasaya sunmakta oldukları "sanat eseri" aşılardan tanıtım üzere 2 Mart 2000'de Beyaz Saray'a adım attılar. İşe GAVI üzerinden yapacakları 150 milyon dolar bağışla başlayacaklardı. Merck, Hepatit B'ye yönelik 5 milyon doz Recombivax HB ve American Home Products 10 milyon doz Hib aşısı üreteceklerdi. SmithKline Beecham Sıtma aşısı geliştirmek için araştırmalarını genişletecek, Lenfatik Filaryozis'i eradike etmek için 1 milyar dolar ayıracaktı. Aventis Afrika'ya 50 milyon

doz Polio aşısı sağlamayı öneriyordu. Başkan Kongre'ye götürdüğü öneriyi desteklediğini, hükümet olarak GAVI'ye yılda 50 milyon dolar ödeyeceklerini, aşı geliştirme çalışmalarını hızlandırmak için özel sektöre 1 milyar dolar vergi indirimi sağlayacaklarını ve ulusal sağlık enstitülerinin bütçelerini artıracaklarını açıkladı. DB ve benzeri çok ortaklı kalkınma bankalarına da az gelişmiş dünya ülkeleri sağlık projeleri için verdikleri düşük faizli kredileri yıllık 400 milyondan 900 milyona çıkarmalarını isteyeceğini belirtti (**Ciment J, 2000; Smith R, 2000**). Amaç yoksul ülkelerin zavallı çocuklarını bulaşıcı hastalıklardan ölmekten kurtarmaktı.

GAVI'nin finansal ağırlığını Gates Vakfı'nın 750 milyon dolarlık yatırımı oluşturmuştu. Norveç, Birleşik Krallık, ABD, Hollanda, Danimarka, İsveç hükümetlerinin katkılarıyla birlikte 2005'e dek ayrılan toplam bütçesi 1 milyar doların üzerine çıkıyordu. Finans işlemleri bünyesine resmi olmayan bir bağlantıyla eklenen VF aracılığıyla yürütülüyordu. VF'nin iki işlevinden biri bağışları (yatırımları) toplamak, diğeri GAVI'nin gerçek amacı olan yeni teknolojiyle aşı üretiminin araştırma ve geliştirmesini yürütmesi için ilaç sanayiini yönlendirmektir (**Mackenzie JE; Martin JF, Marshall J, 2003**). GAVI'ye bağışıklama pazarında bir köprü olarak bakmak; sermaye sahibi ilaç şirketlerinin patent haklarını kollama işlevini, ayrıca pazarın hedefi olan az gelişmiş ülkeler hükümetlerini yeni aşılarla ve programlara (başka deyişle kampanyalara) ikna etmek için ilaç sanayiinin uzantısı olarak çalıştığını da görmek gerekiyordu.

GAVI'nin başlangıç amacı en yoksul ülkelere en yeni aşıların pazarlanması, öncelikle de HBV ve Hib aşılarının yaygınlaştırılmasıydı. Kişi başına geliri 1,000 dolardan az, UNICEF programlarında %50 aşılama başarısı göstermiş, nüfusu 150 milyonun altında ülkeler öncelik alacaktı. Kuruluş sırasında bu tanıma uyan ve yıllık toplam doğum kohordunu 40 milyonu aşan 50 dolayında ülke vardı. Elbet Çin, Hindistan ve Endonezya ihmal edilmeyecekti, ancak onlara şimdilik yerli aşı üretimlerini geliştirme yardımı yapılabilirdi. Hedefte yer alan görece küçük ülkelerin programın yerleşmesinden ve bağışıklamanın düzene girmesinden sonra da işe devam etmelerini sağlamak amacıyla yerel hükümetler, BM örgütleri, sivil toplum kuruluşları ve yerel aşı üreticileri devreye sokulmalıydı. Böylece ikinci amaç olan yerel bağışıklama altyapısının soğuk zincir, tek kullanımlık şırıngalar, vb. ile geliştirilmesi de kolaylaşacaktı. Üçüncü amaç yeni aşı teknolojileri kullanılmasıydı. Bunlar arasında burun mukozasından aşılama, nükleik asit aşıları, bakteri ve virüsleri vektör olarak kullanma, yenebilen aşılar, gibi geliştirilmekte olan yeni teknikler yer alıyordu. Kamu sektörünün yüzyıllardır kullandığı eskimiş teknolojinin yerini pahalı, yaratıcı ve kar getirici buluşlar almalıydı (**Nossal GJV, 2000; CVI Forum, 1999**). GAVI kaynaklarının %10'unu bağışıklama altyapısının güçlendirilmesine, %90'ını başta HBV olmak üzere yeni aşıların geliştirilmesine ayırmayı kararlaştırmıştı (**Hardon A, 2001b**).

Uygulamanın sonuçları ve gelişen tartışmalar

Yaptığı dev boyutlardaki bağışlar ve yatırımlar nedeniyle Gates Vakfı sektörde "400 kiloluk goril" adıyla anılır olmuştu. Yatırımlarını BM üzerinden değil, çabuk geri dönen ve karı yüksek küçük alanlara yapıyordu. Küresel sağlık, geleneksel sağlık anlayışından farklıydı; sağlık yönetimi DSÖ'den çıkıyor, yatırım yapanlara kayıyordu. BM'in sağlık alanındaki yönlendiriciliği giderek azaldı. Fonların nereye ve hangi ülkeye yönlendirilmesi gerektiği kararını artık BM değil özel sektör veriyordu. Sağlıkta bulaşıcı hastalıklara yönelik olması gereken öncelik belirlenmesinde BM ve DSÖ'nün etkisi kalmamıştı. Strateji olarak birincil sağlık hizmeti yerine dikey örgütlenme yeğlenir olmuştu. Tek tek hastalıklara yönelik örgütlenmelere yönelinmiş, bunlarda da örtüşmeler oluşmuştu: Küresel Fon Sıtma, Tüberküloz ve AIDS ile ilgileniyor, ancak "Rollback Malaria", "Stop TB", "UNAIDS" gibi yine BM ya da DSÖ katkılı örgütler de aynı alanlarda çalışıyor (görünüyor), üstelik bu alanlarda yapılan çalışmalarda aşı mı, ilaç mı kullanılacak sorusu genellikle daha pahalı olandan yana geliyordu. BM'in ve DSÖ'nün kuruluş amaçları ve insan sağlığının geliştirilmesindeki hedefleri gerilere düşmüş, dikkate alınmaz olmuştu (**Yamey G, 2002b**).

İlaç sanayii Suçiçeği, Hib, Hepatit A ve B gibi gerekliliği tartışmalı aşular sunmuş, medya bunlar için bir “gereksinme” yaratmıştı. Milyarlarca çocuğun Kızamık, DBT, oral Polio aşısı ve BCG gibi temel aşulara ulaşamadığı unutulmuş görünüyor, gelişmiş ülkelerin gazetelerinde, dergilerinde, hatta süpermarketlerinde plastik torbalarında yeni üretilen aşuların reklamları yapılıyor, “üç al iki öde” uygulaması sunuluyordu. 5 yaş altı ölümlerin %40’ı diyare ve üst solunum yolu enfeksiyonlarından oluşurken, tüm bebek ve çocuk ölümlerinin %18’ine Kızamık, Boğmaca ve Tetanoz neden olurken, gündeme yeni üretilen aşuların kampanyaları oturuyordu. Güneydoğu Asya’da insanların beşte biri sağlıklı içme suyuna sahip değildi, oysa aynı bölgede yeni aşuların uygulanması 1.5 milyar doları aşacaktı (**Lewin S, 2000**). İlaç fiyatlarının giderek düşmesi firmaların yeni pazarlar aramaya başlamasına yol açıyordu. Rifampicin’in ucuzlaması sonucu bir Tüberküloz hastasının sağaltım maliyetininin 20 dolara inmesi, ilaç firmalarının aşı üretimi ve ticaretine yönelmelerinde yeni nedenler aranması gerektiğini akla getiriyordu (**Davies P, 2000**).

İlaç firmaları yeni aşulara gereksinme olduğu konusunda başta DSÖ olmak üzere çeşitli kuruluşları yönlendiriyor ve piyasaya yeni gereksinmeler ve talepler dikte ediyordu. Sağlık alanına pazar ekonomisi kuralları girmekle kalmıyor, yalnızca sağlığa özgü olarak, kapitalizmin mal üretim ve satımında gerekli olan arz-talep mekanizmasının dışında yeni dayatmalar gözlemleniyordu. Uygulamanın temel yaklaşımı aşı ile sağlanan yararın abartılmasıydı. Tayvan’da HBV aşısı gereksinmesi olduğu ileri sürülürken yaş ve cins grupları arasında Hepatoselüler Karsinoma riski yüksek olanlar ön plana çıkarılıyor, CVI’nin elemanları tarafından abartılı ölüm riskleri öne sürülüyordu (**Miller MA, Kane M, 2000; Miller A, McCann L, 2000**). Hib aşısı için gereksinme yaratmak amacıyla Hindistan çocuklarının yılda 500 milyon doz aşıya gereksinmesi olduğu ileri sürülüyor, bu ülke çocuklarının doğal bağışıklığı olduğu yönündeki araştırmalar (**Puliyel JM et al, 2002**) ve Türkiye’den bu savı destekleyen bulgular (**Tastan Y et al, 2000**) yok sayılıyordu. Üstelik Hindistan’da Hib’in yaygın bir tehlike oluşturmadığı dört büyük araştırma hastanesinde ileriye yönelik sürdürülen bir araştırmada 3,441 menenjit, pnömoni ve sepsis olgusundan yalnızca 58’inde Hib üretilebilmesinden anlaşılıyordu (**Beri RS, Ojha RK, 2002**). HBV aşısının maliyet-etkin olduğu kanıtlanmaya çalışılırken Hindistan’da yılda Hepatit B’ye bağlı 200,000 ölüm olduğu -aynı CVI elemanlarınca- öne sürülüyor (**Miller MA, Kane M, 2000; Miller A, McCann L, 2000**), Hindistan Tıbbi Araştırmalar Enstitüsü’nün bu ülkede yılda yalnızca 4,935 kişinin Hepatit B’ye bağlı Hepatoselüler Karsinoma’dan öldüğü hesapları (**Dhir V, Mohandas KM, 1998**) unutulmuş görünüyordu. Kapitalizm pazara insanların gereksinmesi olmayan ürünler sunuyor, konu sağlık olduğu için bu ürünleri uluslararası sağlık kuruluşlarına ve hükümetlere kabul ettirmekte güçlük çekmiyor, pazar giderek büyüyordu. Pahalı bulunan aşının fiyatının ucuzlayabilmesi için Hib aşısı dozunun 4’e çıkarılması bile önerilebiliyordu (**Nossal G, 1998**). Pazarlayanların verdiği rakamlara göre bağışıklama pazarı 1992’den 2002’ye yılda %10 büyümüş, 2.9 milyardan 6 milyar dolara çıkmıştı. Araştırma-Geliştirme yatırımları artmış, 2000 yılında beş önde gelen firma için 750 milyon dolara ulaşmıştı (**GAVI, 2002**). HBV aşısını yeryüzünde 1990’da yalnızca 20 ülke kullanırken, 2001’de kullanan ülke sayısı 135’e çıkmıştı (**Martin JF, Marshall J, 2003**).

EPI 1974’te başlatıldığında UNICEF dünya çocuklarının %5’inden azının altı temel hastalığa karşı bağışıklanmış olduğunu öne sürmüş, 1990’da bu hızın %80’e çıkarıldığını bildirmişti. Küresel sağlık politikasının uygulanması sonucu hızın 2000 yılında %75’e düştüğünü; 19 ülkede %50’nin de altında olduğunu bildirdi (**UNICEF, 2001**). Nijerya’da düşüş %80’den 1998’de %27’ye, Kongo Demokratik Cumhuriyeti’nde %46’dan %25’e, Togo’da %100’den %54’e olmuştu.

Uygulama sürerken, başlangıçta bağış yaptığını ileri sürerek sempati toplamaya çabalayan sermaye gerçek niyetini saklayamaz duruma düşüyor, kendi yayın organlarında uzun dönem planlarını açıklıyordu: Uluslararası Kalkınma Birliği (IDA: International Development Association)’nden yoksul ülkelere verilen yaklaşık sıfır faizli kredinin VF tarafından satın

alınması durumunda, yapılan 1 dolarlık harcama 2.50 doların serbestleşmesini sağlayacaktı (**Brown P, 2003**). Polio kampanyalarında bu uygulama denenmişti bile (**WB, 2003**).

Saldırının Türkiye'ye etkileri

Gereksiz aşı uygulamanın yakın örneği olarak Türkiye ele alınabilir: 1990'lı yılların ortasında Sağlık Bakanlığı (SB) Bağışıklama Danışma Kurulu toplantısına gündem dışı olarak "1,000 doz HBV aşısının Trakya'da bir bölgedeki yenidoğanlara uygulanması" sorusu getiriliyordu. Üyelerin şaşkınlığıyla karşılanan öneri sorularla açılıyor, var olan böyle bir olanağın en yüksek risk grubundaki sağlıkçılarda kullanılması gerektiği belirtiliyor, SB üst yönetimi aşının yerel Rotary tarafından ve o yörede kullanılmak üzere hibe edilmek istendiğini açıklıyordu. Kurulca önerinin olumsuz bulunmasının ardından sıra asıl öneri olan "tüm Türkiye'de yenidoğanlara HBV aşısı uygulanması"na geliyor, bu önerinin de sıcak karşılanmaması üzerine aşının fiyatının çok uygun olduğu özellikle vurgulanarak salt bu gündemle yeni bir toplantı yapılması programa alınıyordu. Düzenlenen yeni toplantıda salt HBV aşısı uygulanması maliyetinin temel aşılardan tümünün toplam maliyetinin on katından fazla olduğu anlaşılınca aşının uygulanması önerisi Kurulca oybirliğiyle geri çevriliyordu. SB birkaç ay sonra yayımladığı genelgeyle HBV aşısının tüm ülkede yenidoğanlara uygulanmasının zorunlu olduğunu duyuruyordu (**SB, 1998**). Temel aşılardan her bir dozunun 0.05-0.10 dolar dolayında fiyatla satın alınabildiği dönemde HBV aşısının dozu -o da Kore yapımı olduğu için- 0.52 dolara alındı. Yavrularını Sağlık Ocağı'na emanet edemeyip muayenehane hekiminin kucağına teslim eden anneler ise HBV aşısını eczanelerden 10 dolara satın alabileceklerdi.

HBV aşısının zorunlu kılındığı dönemde SB bağışıklamada düzenli Sağlık Ocağı hizmetini terk etmiş, sağlık politikası olarak açıklanmasa da, 'de facto' olarak kampanya yöntemiyle aşılama geçmişti. Sağlık Ocağı'nın uyguladığı aşılardan evde değil, gelebilen kültürel ve ekonomik yapıdaki ailelerin bebeklerine Sağlık Ocağı binasında, belirli günlerde yapılıyordu. Kaçınılmaz olarak bağışıklama oranları düşüyor, İstanbul ve Güneydoğu Anadolu'da ulaşılabilen düzey Afrika'yı aratır duruma iniyordu. 2001 yılında İstanbul'da Tetanoz bağışıklama oranı %6, Şırnak'ta %3 tü (**SB, 2003**). İstanbul'da kadınların yalnızca beşte biri en az bir doz Tetanoz aşısı yapılmış olarak doğum yapıyordu. Aynı yıl Türkiye'de 32 Yenidoğan Tetanozu görülüyor, bunların 19'ü ölüyor. 1997'deki Bağışıklama Danışma Kurulu toplantısında bir üye (yazar) tarafından yapılan "düzenli bağışıklamaya dönmez ve kampanya ile aşılama sürdürürseniz önümüzdeki yıllarda bu masada Polio salgınlarını konuşuruz" uyarısını dikkate almayan SB, 1998'de 26 olguluk Polio salgını karşısında şaşkına dönüyordu.

Türkiye'de UNICEF'le başlatılan kampanya çılgınlığı bağışıklamaya korkunç darbeler vurdu. Öncelikle ülkede aşı üretimi durduruldu. Sonra Sağlık Ocakları'nın düzenli işlevleri sekteye uğratıldı. Sağlık Ocağı personelinin hizmet üretme ve sonuç alma keyfi söndürüldü. Sağlık Ocağı giderek yalnız kampanya dönemlerinde el uzatılan, bunun dışında ilgi ve malzeme desteği görmeyen bir konuma getirildi. Siyasal nedenlerle açıklayamamasına karşın Sağlık Ocağı'na yıllardır düşman olan egemen güçler için bulunmaz bir fırsat yakalanmış, sosyalleştirmeye darbe indirilmiş oluyordu. Bunu izleyecek -sözde- bölge tabanlı ve aile hekimli uygulama sağlık ocağını salt hasta bakımına yönelterek sosyalleştirmenin belini kırma amaçlayacaktı.

Sonuç

Bağışıklamanın üç temel ilkesi vardır: 1) Ulaşılabilen en fazla sayıda kişiyi bağışıklamak, 2) Aşı ve serumları yerel olanaklarla üretmek, 3) En çok gereksinme duyulan sağlık sorunlarında bağışıklama sağlamak.

Küresel bağışıklama programlarının uygulanması sonucu dünya genelinde bağışıklama hızları düştü. Bağışıklamanın temel ilkelerinden birincisi olan ulaşılamayanlara ulaşma kaygısı terkedildi; amaç zaten ulaşılabilenlere yeniden ulaşmak, yeni ve pahalı aşuları uygulamaktı. Hıfzısıhha Enstitüsü örneğinde olduğu gibi yerel aşı üretme ve geliştirme çabalarına son verildi. Bağışıklamanın ikinci temel ilkesi olan yerel aşı üretimi terkedildi, gelişmiş teknolojileri kullanan sağlık tekelleri kuruldu. Başta DSÖ olmak üzere BM ve organlarının Genel Kurul kararlarıyla ve azgelişmiş ülkeler oylarıyla belirledikleri bağışıklama politikalarının yerini ilaç firmalarının kararları aldı. Bağışıklamanın üçüncü temel ilkesi olan gereksinmeye yönelik uygulama durduruldu.

Küreselleşmenin sömürü politikaları sağlık alanındaki ilk büyük saldırısında başarıya ulaştı ve halkın sağlığını olumsuz etkileme yönünde önemli kazanımlar elde etti. Bağışıklama alanında toplum sağlığına yönelik saldırıyı engellemek amacıyla iki önemli işlevin sağlanması gerekli. Birincisi, sağlık hizmeti sisteminin nüfus tabanlı ve tümelci bir yaklaşımla -Türkiye özelinde sosyalleştirme ilkeleriyle- yürütülmesinin sağlanması; ikincisi sağlık çalışanlarının sağlık hizmetinin toplumun gereksinmelerine yönelik olarak sürdürülmesi için örgütlü çaba oluşturması.

Kaynaklar

Beri RS, Ojha RH. (2002), "Is Hib vaccination required at all in India?", *Indian Pediatrics*, 39:1067-8.

Blumenthal D, Causino N, Campbell E, Louis KS. (1996), Relationships between academic institutions and industry in the life sciences: an industry survey. *New England Journal of Medicine*, 334(6):368-73.

Brown P. (2003), "The Vaccine Fund's challenge", *GAVI Immunization Focus*, July:2-3.

Brugha R, Walt G. (2001), "A global health fund: a leap of faith?", *British Medical Journal*, 323:152-4.

CVI Forum, Number 18, July 1999.

Ciment J. (2000) "US drug companies announce vaccine initiative", *British Medical Journal*, 320:736.

Davies, P (2000). "Vaccines and Medicines for the world's poorest", *British Medical Journal*, <http://bmj.com/cgi/eletters/320/7240/952#7369> (Erişim tarihi: 21.07.2003).

Dhir V, Mohandas KM. (1998), "Epidemiology of digestive tract cancers in India. III Liver", *Indian Journal of Gastroenterology*, 17:100-3.

GAVI (2002), The Global Alliance For Vaccines And Immunization, Financing Task Force Flyer, Edition #1, July.

http://www.gaviff.org/docs_activities/doc/GAVI_FTF_FLYER_1.doc

(Erişim tarihi: 13.08.2003).

GAVI (2003), The Global Alliance For Vaccines And Immunization, Board members. <http://www.vaccinealliance.org/home/index.php> (Erişim tarihi: 21.08.2003).

GLoyd S, Roy K. (2000) "Vertical programs and child survival-October 2000: a child survival/vertical programs critique", *Problems in International Health*. Fall 2000 (HSERV-EPI 531) University of Washington, School of Public Health and Community Medicine [lecture notes].

<http://courses.washington.edu/hserv531/cs98.htm> (Erişim tarihi: 11.08.2003).

Hardon A. (2001a), "Vaccination policy and the public-private mix", Public-private 'partnerships': Addressing public health needs or corporate agendas?, HAI Europe, Seminar Report, Amsterdam:13-16. <http://www.haiweb.org/campaign/PPI/seminar200011.html>

Hardon A. (2001b), "Immunisation for all? A critical look at the first GAVI partners meeting", HAI Europe, 6(1):2-9. http://www.haiweb.org/pubs/hailights/mar2001/mar01_lead.html

Hayes L. (2001), "Introduction", Public-private 'partnerships': Addressing public health needs or corporate agendas?, HAI Europe, Seminar Report, Amsterdam:1-3.

Heimans JJ. (2002), "Multisectoral global funds as instruments for financing spending on global priorities", United Nations, DESA Discussion Paper No.24, New York.

Kader V, Barry P, Cooper M. (1996), "Big emerging markets fuel U.S. export opportunities", <http://www.devicelink.com/mddi/archive/96/05/019.html>. (Erişim tarihi: 17.08.2003).

Lewin S. Double Standards! [published rapid response]. Bmj 2000;320:952-953. www.bmj.com/cgi/eletters/320/7240/952

MacKenzie JE. (tarihsiz) The Global Alliance for Vaccines and Immunization-A UN Staff College Case Study. www.unssc.org/unssc1/programme/partnerships/Knowledge_Sharing/case_studies/Gavi.pdf

Martin JF, Marshall J. (2003), "New tendencies and strategies in international immunisation: GAVI and The Vaccine Fund", Vaccine, 21:587-92.

Miller A, McCann L. (2000), "Policy analysis of the use of the hepatitis B, Haemophilus influenza type B, streptococcus pneumonia-conjugate and rotavirus vaccines in national immunisation schedules", Health Economics, 9:19-30.

Miller MA, Kane M. (2000), "Routine hepatitis B immunization in India: cost-effective assessment", Indian Journal of Pediatrics, 67:299-300.

Missoni E. (2001), "The global health fund: a global bluff", British Medical Journal, <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/323/7305/152#16179> (Erişim tarihi: 18.08.2003).

Muraskin W. (2002), "The last years of the CVI and the birth of the GAVI", Public-private partnerships for public health, Cambridge: Harvard University Press, 2002:115-68.

Nossal G. (1998), "Living up to the legacy", Nature Medicine, 5:475-6.

Nossal GJV. (2000), "The Global Alliance for Vaccines and Immunization—a millennial challenge", Nature Immunology 1:5 – 8.

Puliyel JM, Ozha RK, Abraham J, Khosla M. (2002), Circumventing Market Forces: Unhealthy Vaccine Promotion [published electronic letter]. BMJ,324:129. www.bmj.com/cgi/eletters/324/7330/129. (Erişim tarihi: 29.07.2003).

Reich MR. (2002), "Public-private partnerships for public health", Public-private partnerships for public health, Cambridge: Harvard University Press, 2002:1-18.

Sağlık Bakanlığı. (1998), 04.06.1998 tarih ve 6856 sayılı genelge.

Sağlık Bakanlığı. (2003), Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2001, Ankara.

Smith R. (2000), "Vaccines and medicines for the world's poorest", British Medical Journal, 320:952-3. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/324/7343/974>. (Erişim tarihi: 24.08.2003).

Tastan Y, Alikasifoglu M, Ilter O, et al. (2000) "Natural immunity to haemophilus type b among healthy children in İstanbul Turkey", Indian Pediatrics, 37:414-7.

UNICEF (2001), "The state of the world's children", New York.

Walt G. "Using private Money for public health: the growing trend towards partnership", Public-private 'partnerships': Addressing public health needs or corporate agendas?, HAI Europe, Seminar Report, Amsterdam:4-7.

World Bank. (2003), <http://worldbank.org/> (Erişim tarihi: 17.09.2003).

World Health Organization (1998), "WHO/Private sector talks" [Press release 64], Geneva.

Yamey G. (2002a), "Faltering steps towards partnership", British Medical Journal, 325: 1236-40.

Yamey G. (2002b), "Why does the world still need WHO?", British Medical Journal, 325: 1294-8.