

DOSYA/DERLEME**FİLİPİNLER'DE SAĞLIK SİSTEMİ**

Meriç Arzu UTKU*

1. Giriş

Resmi adı Filipinler Cumhuriyeti olan ülke, Büyük Okyanus'ta yer alan bir adalar devletidir. 7100 adadan oluşan bu ülkenin doğusunda Filipin Denizi, batısında Güney Çin Denizi ve güneyinde de Celebes Denizi yer almaktadır.

Yüzölçümü 300.000 km² olan Filipinler'deki adaları kuzeyde Luzon, orta kesimde Visayas ve güneyde Mindanao olarak 3 büyük adalar grubuna ayırmak mümkündür. Ülke 16 bölgeye ayrılmış ve 79 eyaletten oluşmuştur. Başkent Manila, Luzon adasında yer almaktadır. Nüfusu 85.236.000 olan ülkedeki Müslüman kesim ise güneyde yer alan Mindanao, Basilan, Jolo adalarında yaşamaktadır. Resmi dili Filipince ve İngilizce olan Filipinlerin, para birimi de Filipin Peso'sudur (**Rural Bankers Association of the Philippines, 2006**).

Ülkede yoksulluk önemli bir sorundur ve yoksul nüfusun 2/3'ü kırsal alanda yaşamaktadır. Filipinlerin en yoksul kesimini, en düşük eğitim ve yaşam standardı ile ülkenin güneyinde yer alan Mindanao adasındaki bölge halkı oluşturmaktadır.

Yüksek doğum hızı, istenmeyen gebelikler, genç ve erişkin kadınlarda yaşanan beslenme problemleri ve gün geçtikçe artan şiddet olayları ülkenin sağlık profilini olumsuz yönde etkilemektedir. Kadına karşı şiddetin yaygın olduğuna ilişkin yayınlar dikkat çekicidir. Bunların

yanı sıra, okullardaki veya işyerlerindeki cinsel tacizler, önlenemeyen insan kaçakçılığı, seks köleliği, evde uygulanan şiddet ve kadınlara karşı işlenen cinsel suçlar hem çok ciddi sağlık problemleri oluşturmakta hem de verimlilik ve motivasyonu azaltmaktadır (**WHO, 2006**).

1.1. Siyasal yapı

Filipinlilerin Malay ırkından olan ataları, takımadaya kara Asya'nın güneydoğusundan ve bugün Endonezya'nın bulunduğu bölgeden gelmişlerdir. Ülkede küçük bir azınlık olarak Çinliler, İspanyollar ve Hint kökenliler de yaşamaktadır. Ülkede en geniş dini grubu Katolikler (%91,5) oluşturmakta, bunu Müslümanlar (%4), Budistler, Museviler ve yerel dinler (%4,5) izlemektedir (**T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2004**).

Macellan'ın 1519'da başladığı dünya turunun son durağı Filipinler olmuş ve Macellan 1521'de burada öldürülmüştür. Böylece bölgede ilk sömürgecilik hareketleri başlamıştır. 1542'de İspanya kralı II. Philip adına buraya 'Las Felipinos' ismi verilmiştir.

1565 sonrası sömürgecilik daha da hız kazanarak 1898'e kadar devam etmiştir. 1898'deki İspanyol - Amerikan savaşı sonucu bütün Filipinler ABD'ye devredilmiştir. 1942'de Japon işgaline uğrayan adalar topluluğu, 4 Temmuz 1946'da bağımsızlığını ilan etmiştir.

1965 yılında seçimle başa Ferdinand Marcos geçmiştir. Ancak gerek Müslüman bölgelere yapılan baskılar, gerekse yükselen sol hareketlerle gerginlik tırmanmış ve Ferdinand Marcos çıkan çatışmaları bahane ederek, 1972 Eylül ayında ülkede sıkıyönetim ilan etmiştir. 1973 Anayasası ile geniş yetkilere sahip olan Marcos, soğuk savaş yıllarında

*Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

anti-komünist kimliğini kullanarak, ABD ve kapitalist Batı dünyasını arkasına almış ve ülkesini anti- demokratik uygulamalarla 1986'ya kadar diktatörlükle yönetmiştir.

Gücünü giderek kaybeden Marcos, sürgüne yollattığı siyasi rakibi Beningo Aquino'nun 1983 yılında havaalanında vurulması üzerine halkın büyük tepkisini toplamıştır. Diktatör, 1986 seçimlerinde, öldürülen Beningo Aquino'nun karısı Corazon Aquino'ya yenilerek, ailesiyle beraber Hawaii'ye kaçmıştır. Marcos döneminden kalan IMF borçlanmaları ve ülkenin yarı-feodal yapısı Aquino'nun başarısını engellemiştir. Böylece Filipinler ekonomik sıkıntılarının ve siyasi çatışmalarının ortasında kalmıştır. 1992 seçimlerinde aday olmaktan vazgeçen Aquino'nun yerine, emekli general Fidel Ramos başkan seçilmiştir. 1997 Asya krizinden olumsuz yönde etkilenen Filipinlerde sayısız darbe girişimleri yaşanmış ve 1998 seçimlerinde bu kez Joseph Esterada başkan seçilmiştir. Yolsuzluk, ekonomik sıkıntılar ve silahlı çatışmalar Esterada döneminde de devam etmiştir. 2001 yılında yapılan seçimlerde, eski siyasetçilerden Diosdado Macapagal'ın kızı Gloria Macapagal Arroyo seçimden zaferle ayrılmıştır. 2004 seçimlerinde de yerini korumayı başaran Arroyo döneminde Filipinler, ekonomik ve siyasi anlamda biraz olsun toparlanmıştır ancak hala ülkenin güneyinde Müslümanlarla devlet güçleri arasındaki gerginlik ve yer yer çatışmalar devam etmektedir (Rural Bankers Association of the Philippines, 2004).

Ülkede, 16 bölge, 79 eyalet, 144 şehir, 1496 belediye bulunmaktadır. Belediyeler, seçimle gelen başkan ve konsey tarafından idare edilmektedir (WHO, 2004).

1.2. Ekonomi

İnsani Gelişim İndeksi'ne göre 83. sırada yer alan Filipinler, yüksek iç ve dış borçlanma yanında ülke genelinde yaygın olan yoksullukla da mücadele etmektedir. Ülkesinin %36,8'i ulusal yoksulluk sınırının altında yaşamak zorunda kalan Filipinlerin ekonomisi temel olarak tarım, balıkçılık, madencilik ve ormanlıca dayanmaktadır. Bunun yanı sıra son yıllarda üretim sektöründe de çok hızlı gelişmeler kaydedilmiştir (WHO, 2004).

Başlıca tarım ürünü pirinçtir. Bunu şeker kamışı, hindistancevizi yağı, tropikal meyveler, tütün, Manila keneviri, kahve, takip etmektedir. Balıkçılık kıyı bölgelerde yapılmaktadır. Maden kaynakları içerisinde altın, gümüş,

krom, demir ve manganez önemli bir rol alır. Altın üretiminde dünya sekizincisidir. Madenleri genellikle işleyerek ihraç eder. Kereste de önemli bir gelir kaynağıdır, dünya kereste ihracatında 6. sırada yer almaktadır (WHO, 2004).

Ekonomiyi büyük ölçüde destekleyen bir diğer faktör de yurtdışında çalışan Filipinli işçilerdir. Filipinlerde enflasyon %5, işsizlik ise %10 düzeyindedir. GSYİH sektörel bileşimine bakıldığında; tarımın %20, endüstrinin %32 ve hizmet sektörünün ise %48 paya sahip olduğu söylenebilir. Reel büyümesi %3,6 olan Filipinlerin iş gücü 48.1 milyon kişidir (World Bank, 2006).

Filipinler'de kişi başına düşen milli gelir, 1030 ABD dolarıdır (2001). Ülkenin endüstriyel durumuna bakıldığında tekstil, eczacılık ürünleri, kimyasallar, ağaç ürünleri, gıda maddelerinin ön plana çıktığı görülebilir. Yine elektronik eşyalar, petrol, deniz mahsulleri de gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Ülkenin elektrik üretimine bakıldığında bunun bir yılda 40.745 milyar kWh (1999) olduğu, elektrik tüketiminin ise bir yılda 37.893 milyar kWh (1999) olduğu görülebilir. Filipinlerde temel ekonomik göstergeler Tablo 1'de verilmektedir (T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2004).

1.3. Ulusal gelirin paylaşımı

Ülke gelirin %36.3'ü ülkenin en zengin %10'luk kesimine giderken, ülke gelirin %61.5'i ülkedekilerin %80'lik kesimine gitmekte, ülke gelirin %2.2'si ise ülkenin en yoksul %10'luk kesimine gitmektedir. Gini katsayısı, 0.49 (1997) olarak hesaplanmıştır (Philippine Institute for Development Studies, 2006).

2. Sağlık Hizmetleri

Filipinler; Güneydoğu Asya ülkeleri arasında en yüksek doğum oranına sahip ülkedir ve nüfus artış hızı 2002'de %2.3'e ulaşmıştır. Tahminlere göre önümüzdeki 30 yılda Filipinler nüfusu ikiye katlanacaktır. Bu nedenle de sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerindeki en önemli sorunların başında ise hizmet sunumu esnasında karşılaşılan coğrafik yapıya bağlı güçlükler gelmektedir. Kırsal alandan, kentsel alanlara göçle beraber gelen sosyal sorunlar da sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Kırsal alanlarda yaşayanlardaki en temel sağlık sorunları sırasıyla sağlığa erişim ile sıtma, filariasis, şistozomiazis gibi bölgede yaygın olarak görülen endemik hastalıklardır (WHO, 2004).

Tablo 1. Filipinlerde temel ekonomik göstergelerin yıllara göre değişimi

Yıllar	GSYİH (Milyar \$)	Kişi başına gelir (\$)	Büyüme oranı (%)	Enflasyon oranı (%)	İhracat (milyar \$)	İthalat (milyar \$)
2000	75,9	953	6,0	4,3	37,3	33,5
2001	71,2	875	1,8	6,1	31,2	32,0
2002	76,7	925	4,3	3,1	34,4	34,0
2003	79,3	938	4,7	2,9	35,0	37,3
2004	86,4	1003	6,1	6,0	38,7	45,1

Kaynak: T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2004.

Sağlığa erişim ve halkın sağlık durumunun iyileştirilmesi Filipinler halkının yıllar yılı en büyük sorunlarından birisi olmuştur. Bu durum en fazla da yoksul kesimi etkilemektedir. Değişik bölgelerde yaşayan farklı etnik kökene ve dine sahip halkların arasındaki sağlığa bağlı uçurum gün geçtikçe küçüleceğine büyümüştür. Bunun üzerine hükümet Sağlıkta Ulusal Hedefler (National Objectives for Health, NOH) adıyla bir dizi hedef belirlemiş durumdadır. Bunlar: ilaç fiyatlarını azaltmak ve sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak; sosyal sağlık politikasını yayararak, kentsel ve kırsal alandaki sağlık hizmetlerinin kalitesini birbirine yaklaştırmak; Ulusal Tüberküloz Programı, Ulusal Aşılama Programı, Malarya Kontrol Programı, HIV/AIDS Önleme ve Kontrol Programı geliştirmek; anne bakımı ve aile planlaması hizmetlerine her kesimden bireylerin eşit olarak ulaşmasını sağlamak ve ülke genelinde anne sütü ile beslenmeyi geliştirmektir. Yine bu programın hedefleri arasında yaşam kalitesini arttırmak için, beslenme programları oluşturmak, fiziksel aktivitelere katılımı özendirme, alkol, sigara ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile mücadele etmek gelmektedir (Obermann, 2006).

2.1. Tarihsel arka plan

Filipinler Güney Doğu Asya ülkelerinin içinde alt-orta gelir grubuna sahip bir ülke olmasına rağmen, yarattığı fırsatlar ve çabalar sebebiyle ders çıkartılabilecek bir ülke konumundadır. 1900 yılında adalar halkının büyük bölümünün bulaşıcı hastalıklardan etkilenmesi üzerine, ilk defa 1901 yılında bir tıbbi laboratuvar ve aşı merkezi kurulmuştur. 1909 yılında ilk hemşirelik okulu açılmış ve ilk kez ülkeye temiz su sağlanmıştır.

1915'te sağlık sistemi organize edilmiş, 1933'te de halk sağlığı ve sosyal merkezlerin bugünkü temelleri atılmıştır. 1940'da Sağlık sistemi reorganize edilmiş ve bu dönemde tüberküloz, malnütrüsyon, malarya, lepra, diyareler ve yüksek bebek ölüm hızı ile ciddi şekilde mücadele edilmiştir. Japonların, Filipinleri işgali ile sağlıkta çözümler görülmüş, 1947'de işgal sona erdikten sonra tekrar sağlık sektörü bir toparlanma süreci içine girmiştir. 1958'de parsiyel bir desentralizasyona gidilmiş ve sekiz bölgesel sağlık ofisi kurulmuştur (Department of Health Republic of The Philippines, 2005).

Tablo 2. Filipinlerde sağlığa yapılan ulusal harcamalar (Peso)

Sağlık Harcamaları	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ye Oranı (%)	3,5	3,5	3,4	3,2	3,0	3,2	3,1
Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	42,9	44,2	47,6	44,2	40,0	43,7	42,7
Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)	57,1	55,8	52,4	55,8	60,0	56,3	57,3
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (ABD \$)	32	36	34	30	29	31	33
Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (Uluslararası \$)	162	166	171	162	157	174	181

Kaynak: WHO, 2006

1969 yılında, Cumhuriyet Hareketi (RA) ile Filipinler Medikal Bakım Komisyonu (Philippine Medical Care Plan, PMCC) kurulmuştur. Yine aynı tarihte Filipinler Medikal Bakım Planı (Philippine Medical Care Plan, Medicare) kurulmuştur. Medicare başlıca iki program yürütmüştür. Bunlardan birincisi, resmi çalışanları hedef seçerken, ikincisi kayıtdışı çalışanlardan özellikle yoksullara odaklanmıştır. Plan resmi çalışanlarda geniş oranda başarılı olurken, aynı başarıyı kayıtdışı çalışanlarda gösterememiştir.

1986 yılında Ferdinand Marcos'un seçimlerde elenip, çekilmesinden sonra 'Sağlık Finansmanı Geliştirme Modeli' adı altında bir proje yürürlüğe girmiştir. Bu modelin ekonomiyi de geliştireceğine inanılmıştır. 1991 yılında merkezdeki tüm sağlık yetkileri belediyelere devredilerek, sağlık sistemi büyük ölçüde yerelleşmiştir. Bu uygulamaya 'Lokal Hükümet Kodu' (Local Government Code, LGC) adı verilmiştir. 1992-1993 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bütçesinin %39'unu, kalıcı personelinin %62'sini, hastanelerinin ve temel sağlık hizmeti yapılan binalarının %93'ünü yerel yönetimlere devretmiştir. 1999 yılında, Sağlık Bakanlığı girişimiyle, yeni bir yapılandırma daha başlatılmıştır. Adına "Sağlık Sektörü Reformu" denilen bu uygulamada amaç yerel sağlık hizmetlerini ve hastanelerin finansmanını geliştirmek, ilaç fiyatlarını düşürmek ve sosyal sağlık sigorta kapsamını genişletmek olarak açıklanmaktadır. Bu sistem 2002 yılında Asya Gelişim Bankası'ndan da aldığı teknik ve finansal destekle, yoluna devam etmektedir (Obermann, 2006).

2.2. Finansman

Sağlık sektörü önündeki halen en önemli engeli sağlığa erişimdeki eşitsizlikler oluşturmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının %55'i özel kaynaklardan, %37,5'i devlet sektöründen, %8'i ise sosyal sigortalardan karşılanmaktadır (WHO, 2004). Ülkede 2004 yılında kişi başına düşen toplam sağlık harcaması 33 ABD Dolarıdır (Tablo 2) (WHO, 2006).

2.3. Örgütlenme ve sağlık hizmeti sunumu

Filipinlerde son yirmi beş yılda sağlığa bakış açısında çok önemli değişiklikler olmuştur. 1979 yılında ilk kez birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için bir

strateji belirlendikten sonra, 1983'te gerek halk sağlığı gerekse hastane hizmetleri entegre edilmiştir. 1987'de Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanmasının ardından, 1992'de sağlık hizmetlerinin Lokal Hükümet Birimlerine (Local Government Unit, LGU) devri gerçekleşmiş ve en son halka olarak da 1999'da Sağlık Sektörü Reformları devreye sokulmuştur.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı birimler; özel hastaneler, bölgesel hastaneler ve sağlık merkezleridir. Bölgesel sağlık ofisleri ise (Sağlık Gelişim Merkezleri) 16 bölgede de yer almakta ve o bölgeye bağlı eyaletlere sağlık personeli ile hizmet sunmaktadır (Catacutan, 2005).

Sağlık hizmetlerinin LGU'ya transferi ile beraber, taşra teşkilatı, taşra hastanelerini yönetir olmuş, belediyeler ise kırsal sağlık birimlerini (Rural Health Unit, RHU) ve Barangay sağlık istasyonlarını (Barangay Health Stations, BHSs) yönetmektedir (WHO, 2004).

Bununla eş zamanlı olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Sistemlerinde Kalite uygulaması başlatılmış ve ilk olarak da Temel Sağlık Hizmetleri'nde yürürlüğe sokulmuştur. Lokal hükümet birimlerince yürütülen Sağlıkta Sigorta Programı başlatılmıştır (Department of Health Republic of The Philippines, 2005).

2.4. Sağlık insangücü

Sağlık personelinin dağılımına bakıldığında tüm ülke genelinde eşitsizlikler vardır. Çoğu sağlık personeli ülkenin kentsel yerleşim alanlarında bulunmaktadır. Filipinlerde 44.287 doktor bulunmakta ve her 1000 kişiye 0,58 doktor düşmektedir. Hemşire sayısı ise, 127.595'tir ve her 1000 kişiye 1,69 hemşire düşmektedir. Ebe sayısı, 33.963'tür ve 1000 kişiye 0,45 ebe düşmektedir. Tüm ülke genelinde dış hekimi sayısı, 8564'tür ve her 1000 kişiye 0,11 dış hekimi düşmektedir. Eczacı sayısı ise 2482'dir ve her 1000 kişiye 0,03 eczacı düşmektedir (Philippine Institute for Development Studies, 2006).

2.5. Sağlık reformu yaklaşımı

Filipinlerde sağlık hizmetleri son elli yılda bir ilerleme göstermekle birlikte; pek çok sorun hala varlığını sürdürmektedir. Son yıllarda ise sağlık alanında bir gerileme gözlenmiştir. Bunun başlıca sebebi, halk sağlığı hizmetlerinin ve temel bakım hizmetlerinin halkın her kesimine verilememesi olmuştur. Bunun da temelinde, sağlık hizmetlerine gerek coğrafik gerekse parasal olarak erişememek yatmaktadır. Ayrıca kısıtlı sağlık bütçesi, halk sağlığının etki alanını da büyük ölçüde daraltmış, tedavi edici sağlık hizmetleri de zamanla yetersiz kalmıştır. Sağlık hizmetlerinin reform başlığı altında yerleştirilmesi, Filipinlerde toplum sağlığına önemli bir katkıda bulunamamıştır. Aksine, özellikle yoksulların sağlık hizmetine erişiminde gerileme gözlenmektedir. Sağlık verilerine göre Filipinlerde her gün ortalama 75 kişi tüberkülozdan ölmekte ve her yıl da 270.000 yeni vaka bu devasa hastalık ordusuna eklenmektedir.

Yoksul halkın çoğunluğu devletin ürettiği sağlık hizmetlerinden faydalanmaktaydı. Bu hizmetler ya ücretsiz ya da çok az bir ücret karşılığı verilmekteydi. Ancak birinci basamakta yer alan özellikle tedaviye yönelik hizmetler ya yetersiz olarak verilmekte ya da niteliksiz olarak sunulmaktaydı. Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki doktor sayısı çok az ve ilaç temini de çoğu kez çok yetersizdi. Hastaların çoğunluğu ilaçlarını çoğu kez temin edememekteydi. Hastaların çoğu hastalandığında birinci basamağı atlayıp, doğrudan ikinci veya üçüncü basamağa yönelmekteydi. İşte birinci basamak sağlık hizmetlerini düzeltmek için, bu hizmetleri öncelikle geliştirmek ve temel ilaçları sağlamak gerekmektedir.

Bütün bu etmenler neticesinde 1992 yılında, Yerel Hükümet Kodu (Local Government Code, LGC) adı altında, tüm şehirlerde ve belediyelerde uygulanabilecek, finansmanı ve çoğu halk sağlığı hizmetlerini de kapsayabilecek yeni bir sistem getirilmiştir. Ancak farklı yerel yönetimlerde değişik seviye ve farklı şekillerde, zayıf bir organizasyonla verilen sağlık hizmetleri, bu hizmet zincirinde bir kırılmaya yol açmıştır.

Sağlık hizmetlerinin yerel yönetimlere devrinden yaklaşık 10 yıl sonra, gerek bölge gerekse eyalet hastanelerinin performanslarında ve halk sağlığı hizmetlerinde belirgin bir düşüş yaşanmıştır. Finansal kaynakların çoğu kez yetersizliği, yerel kapasite azlığı, zayıf yönetim, yetersiz rehberlik hizmetleri, sağlık hizmetlerini büyük ölçüde geriletmiştir ve kalitesini de düşürmüştür.

İşte bu sorunlara çözüm üretmek amacıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından 1999 yılında Sağlık Sektörü Reformu gündeme getirilmiştir. Burada amaç, sağlık sektörünü beş alanda geliştirmektir. Bu alanlar; sosyal sağlık sigortası, hastane reformları, halk sağlığı programları, sağlık regülasyonu ve yerel sağlık sistemleridir.

Sağlık Sektör Reformu'nun sağlık sistemini yeni kaynakları mobilize ederek, devletin parasal kaynaklarını yoksul kesim üzerine kaydırarak, hastane hizmetlerini düzenleyerek, para kaynakları yaratıp halk sağlığı hizmetlerini destekleyerek, sağlık hizmetlerini güçlendirerek ve lokal sağlık hizmetlerini geliştirmeye çalışarak desteklemek üzere gerçekleştirildiği açıklanmaktadır. Bu modelde, Sağlık Bakanlığı teknik destek ve rehberlik hizmetleri sağlarken, esas önemli itici gücün yerel yönetimlerin katılımı ve başarısı olacağı bildirilmektedir.

Sağlık Sektör Reformu'nun eksik kısımlarının biran önce tamamlanması için yoğun çaba gösterilmektedir. Teknik destek anlamında Alman Teknik Koordinatörlüğü (GTZ) ve Dünya Bankası bu projeyi desteklemektedir. Burada amaç, ulusal sağlık sigortası programını güçlendirmek, klinik ve teröpotik rehberler hazırlamak, ve ilaçların kalitesini regüle etmek olarak açıklanmakla birlikte; Filipinlerde dünyanın diğer az gelişmiş ülkelerinde olduğu gibi neoliberal sağlık politikalarından payına düşeni almış görünmektedir.

Sağlık Bakanlığının Asya Kalkınma Bankası'ndan (ADB) talebi Sağlık Sektör Reformu'nun önemli bileşenlerinden birisi olan halk sağlığı programını da desteklemesidir. Ancak yüksek önemliliği olan iki proje daha vardır ki; bunlardan birisi, üreme sağlığı programı, diğeri ise tüberküloz programıdır ve her ikisi de temel olarak yoksul kesimin sorunlarıdır (Jeugmans, 2002).

Sağlık Sektör Reformu'nun teknik anlamda finansmanı 860.000 ABD doları tutmuştur. Bu paranın 600.000 dolarını Asya Kalkınma Bankası karşılamış, bu miktarın çoğunluğu da Japon Yardım Kaynaklarından aktarılmıştır. Geriye kalan 260.000 dolar ise; hükümetin finansal kaynakları tarafından karşılanmıştır (Asian Development Bank, 2004).

Yaklaşık otuz yıllık mücadeleye rağmen, Filipin Aile Planlaması Programı'nın başarısız olduğu söylenebilir. Yüzde ikilik yıllık nüfus artışı ile Filipinler, komşularından Tayland ve Endonezya'nın iki kat nüfus artış hızına erişmiştir. Hedeflenen her geçen gün daha çok Filipinli çifti aile planlamasına dahil etmektir (Philippine Institute for Development Studies, 2006).

1970 öncesinde, doğum kontrolü yasal olarak görülmemekte iken, 1970'te kurulan Ulusal Nüfus Komisyonu 1971'de Ulusal Nüfus Politikası'nı hazırlamıştır. 1973'te nüfus planlamasının hükümetin temel görevi olduğu vurgulanarak daha kapsamlı bir çalışma başlatılmıştır. 1987'de mevcut düzenlemelere ilaveten iki temel alan üzerinde durulmuştur.

Birinci olarak, devlet evli çiftlerin haklarını korumakla yükümlü tutulmuştur ve ikinci olarak da devlet yine hem annenin hem de anne karnından itibaren bebeğin haklarını eşit olarak korumakla yükümlü tutulmuştur.

1980 sonlarında, hükümet yeni bir nüfus politikası belirlemiş ve bunu iki temel dayanağa oturtmuştur. Bunlardan birincisi halkı hızlı nüfus artışı konusunda bilinçlendirmek ve ailelerin isteklerine göre en uygun aile planlaması yöntemini uygulamalarını sağlamak olmuştur. Şüphesiz ki yıllar boyu Katolik Kilisesi modern doğum kontrol yöntemlerine karşı çıkmış, bu da ister istemez ülkenin nüfus politikasını da etkilemiştir.

1991 yılında, Lokal Hükümet Kodu'nun gelmesi ile beraber, büyük oranda iş gücü, sorumluluk ve kaynak aktarımı devletin kendisinden lokal yönetim birimlerine geçmiştir. Aile Planlaması konusunda da aynı şekilde sorumluluk ve kaynak LGU'ya aktarılmıştır (Mello, 2006).

Tüm ülke geneline bakıldığında modern doğum kontrol yöntemi kullananların oranı %33 civarındadır. Bu oran Tayland'da %70, Endonezya'da %55, Vietnam'da %56'dır. En fazla kullanılan yöntem, %15 ile kontraseptif haplardır, bunu %11 ile kadın sterilizasyonu takip

etmektedir (Department of Health Republic of The Philippines, 2005).

Ülkenin sağlık alanındaki diğer temel sorunlarına bakıldığında; morbiditeye sebep olan ilk beş hastalıktan dört tanesini bulaşıcı hastalıklar oluşturmaktadır. Bunlar diare, bronşit, pnömoni ve influenzadır. Beşinci hastalık ise hipertansiyondur. Bulaşıcı hastalıkların prevalansı halen çok yüksektir, bulaşıcı olmayan hastalıklar ise artmaya devam etmektedir.

Malarya, morbiditeye neden olan hastalıklar arasında sekizinci sırada yer almaktadır. Bunun en önemli sebepleri arasında gecikmiş tanı, sağlığa erişimdeki eşitsizlikler ve tedavi için gerekli ilaçların bulunamaması gelmektedir. Tüberküloz sıralamasında ise Filipinler dünyada sekizinci sırada yer almaktadır. 2000-2003 yılları arasında ülke genelinde, malarya, dang ateşi, kızamık, tifo, hepatit A, ve diyare salgınlarına rastlanmıştır. Yine 2003 yılı ortalarında 12 tane SARS vakası tespit edilerek erken önlem alma ve kontrol tedbirleri ile hastalık salgına dönüşmeden önlenmiştir.

2003 yılı verilerine göre ülkede 1965 HIV/AIDS vakası tespit edilmiş ve bunların 257 tanesi ölmüştür. Yüksek riskli gruplarda kondom kullanımının %35'in altında olması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi yetersizliği bu ülkeyi HIV/AIDS açısından çok riskli bir noktaya getirmektedir (WHO, 2004).

Her ne kadar bebek ölümleri ülke genelinde düşüyor gibi gözükse de (binde 29), hala komşu ülkelere oranla yüksek seyretmektedir. Anne ölüm hızı 1970'lerden

Tablo 3. Filipinlerde sağlık göstergeleri

Sağlık Göstergeleri	
Yıllık Nüfus Artış Hızı (1990-2000)	% 2.4
Doğumda Yaşam Beklentisi E/K (1998)	71/ 67
Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda, 2001)	30
Anne Ölüm Hızı (100.000'de, 2001)	200
5 Yaş altı Çocuklarda Malnütrüsyon Oranı (%)	30
Kişi Başına Yapılan Sağlık Harcamaları (2001)	30 \$
Toplam Sağlık Harcamaları (2001)	3.3 % GDP
Halk Sağlığı Harcamaları (2001)	1.5 % GDP
1 Yaş altı Kızamık Aşılama Oranı (% , 2001)	75
TB İnsidansı (Yüzbinde)	297
HIV Prevalansı (15-49 yaş nüfusda %)	0.1

Kaynak: Asian Development Bank, 2004.

1995'lere gelindiğinde artış göstermiştir, yüzbinde 96-200 arasında değişmektedir. Fertilité hızı ise kadın başına 3.1'dir.

Beslenme bozukluğu ile paraziter hastalıklar ise çocuklar arasında oldukça yaygındır. 5 yaş altı çocukların %30.6'sı düşük kiloludur. Tam bağışık çocukların oranı, ülke genelinde %69'dur (WHO, 2004). Filipinlerde sağlık göstergeleri Tablo 3'te verilmektedir.

Sonuç

Yüzde ikilik büyüme hızı ile Güneydoğu Asya ülkeleri arasında Filipinler iyi bir konum elde edememiştir. Komşularından Tayland ve Endonezya, Filipinlere oranla çok daha iyi bir konuma gelmiştir. Gerek siyasi çalkantılar, gerekse darbe girişimleri ülkeyi senelerce geriye götürmüş, ekonomik darboğazlar ve alınan dış borçlar ülkenin her sektörünü etkilediği gibi, sağlık sektörünü de büyük oranda olumsuz etkilemiştir. Gerek coğrafik sebepler, gerekse toplumsal eşitsizlikler sağlık alanındaki sorunların daha da büyümesine yol açmıştır (Philippine Institute for Development Studies, 2006).

KAYNAKLAR

Asian Development Bank (2004). Poverty Database. http://www.adb.org/Statistics/pov_dev_indicators.asp.

Catacutan A.R. (2005). The Health Service Coverage of Quality-Certified Primary Health Care Units in Metro-Manila, the Philippines.

Department of Health Republic of The Philippines (2005). <http://www.doh.gov.ph>.

Jeugmans J. (2002). Technical Assistance to the Republic of the Philippines for Preparing the Health Sector Development Project, Southeast Asia Department.

Philippine Institute for Development Studies (2006). http://www.pids.gov.ph/pr_details.php?pr.

Rural Bankers Association of the Philippines (2006). <http://www.rbop.org/page/Luzon>.

Obermann K, Jowett MR, Ofelia M, Alcantara O, Banzon E P, Bodart C. (2006). Social Health Insurance in a Developing Country: The Case of Philippines.

Mello M, Powlowski M, Nanagas J, Bossert T. (2006). The Role of Law in Public Health: The Case of Family Planning in the Philippines.

T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı. (2004). Anlaşmalar Genel Müdürlüğü. http://www.dtm.gov.tr/anl/raporlar/ASYA_AVUST.htm.

WHO. (2006). World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, Demographics, Gender and Poverty. <http://www.wpro.who.int/countries/phl>

WHO. (2004). World Health Organization, Health Action in Crises. <http://www.who.int/hac/crises/phl/en>.

WHO. (2006). World Health Organization, World Health Report 2006.

WHO. (2006). World Health Organization Core Health Indicators. http://www3.who.int/whosis/care/care_select_process.cfm?

WHO. (2006). National Health Accounts Unit of EIP/CEP/WHO, Geneva.

World Bank. (2006). Philippines. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/EASTASIAPACIFICEXT/PHILIPPINESEXTN/0,,menuPK:332988~pagePK:141159~piPK:141110~theSitePK:332982,00.html>.