

FİLİPİNLER SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDİTÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Ali Cihan BAYRAM

Cemal ÖZOğLU

Ramazan KAYA

Emine ÇETİN

A. ERDAL SARGUTAN

FİLİPİNLER SAğLIK SİSTEMİ

ÖZET	926
I. ÜLKE TANITIMI	927
I.1. Coğrafi Konum Ve Yapı	927
I.2. Tarihçe	927
I.3. Nüfus Ve Etnik Yapı	928
I.3. İdari Yapı	929
I.4. Ekonomi Ve Doğal Kaynaklar	929
I.5. Ulaşım	930
II. SAğLIK SİSTEMİ	931
II.1. Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış	931
II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi	933
II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	933
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	934
II.4.1. Tıp Eğitimi	936
II.5. Geleneksel Ve Alternatif Tıp	937
II.6. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı	937
II.7. Sosyal Güvenlik Sistemi	938
III. FİLİPİNLER VE TÜRKİYE SAğLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	942
KAYNAKLAR	944

A. ERDAL SARGUTAN

ÖZET

Filipinlerde sağlık hizmetleri kamu sektöründen çok özel sektöre dayanır. Ülkedeki iç karışıklıklar nedeniyle hiçbir politika tam olarak yerleştirilemediğinden, sağlık politikası da yerine oturabilmiş değildir.

7.000'den fazla adadan oluşan ülkede sağlık hizmetlerinin her kesime homojen olarak ulaştırılabilmesinde sorunlar ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin dağılımı dengesiz, halkın tutumu kayıtsız, nüfus artışı fazladır. Bulaşıcı hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve beslenme bozuklukları en sık görülen hastalıklardır. Sağlık sisteminin yetersizliği uluslararası kuruluşların da desteği ile arka arkaya gelen reformlarla düzeltilmeye çalışılmaktadır.

Sistemdeki boşluklar geleneksel ve alternatif tıp yöntemleri ile doldurulmuştur. Bakanlık bu yöntemleri yasal bir zemine oturtmuştur ve denetimi sağlamak istemektedir. Devlet yeterli ve kaliteli hizmet sunamadığı için geleneksel tıp uygulamaları yasallaştırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu kurum Sağlık Bölümü'dür (Bakanlığı) ve taşra örgütlerine sahiptir. Sağlık Bölümü Amerikan tipi olup başında Sağlık Sekreteri bulunur. Ayrıca yerel yönetimler de sağlık kuruluşlarına sahiptir. Özel sektörün hizmet sunumunda önemli payı bulunmaktadır. Sağlık personeli ülkeye eşit bir şekilde dağılmamış, merkezlerde yığılmıştır.

Tıp eğitimi batı modeline dayanmakta olup, koruyucu yöntemlerden çok tanı ve rahatsızlıkların azaltılmasına yöneliktir. Sağlık harcamalarının finansmanı, devlet bütçesi, sosyal sigorta fonu, kişisel ödemeler ve yardımlardan sağlanır. Hükümetin sağlık harcamalarındaki payı azalırken bireysel ödemeler artmaktadır.

Sağlık sistemi, vergilendirme, sağlık sigortası, özel prim ödemeleri ve dış desteklerle finanse edilmektedir.

Ülkede oturtulmaya çalışılan bir ulusal sağlık sigorta sistemi vardır. PhilHealth adındaki sistemin tüm toplum kesimlerini kapsar hale gelmesi için çalışmalar yürütülmektedir. Kamu ve özel sektörde çalışanlar ile serbest çalışanlar için zorunlu, fakat kamu sektörü dışında pek yayılmamış bir sağlık sigorta sistemi vardır. Sigorta bakmakla yükümlü olunanları da kapsar.

Uzmanlaşmış sağlık ekibi daha yüksek ücret imkanları nedeni ile özel sektöre kaymıştır. Ülkenin en önemli sorunlarından biri olan dışarıya beyin göçü sağlık sektörünü de etkilemektedir. Beyin göçünün en önemli nedenleri arasında eğitim sisteminin tıp öğrencilerini uzmanlaşmaya yöneltmesi ve bunun için öğrencilerin yurt dışına gitmesidir. Tıp eğitimi batı modeline dayanmaktadır. Tıp eğitimi büyük kent merkezlerinde ya da yurtdışında yapılmaktadır.

Filipinler sağlık sistemi Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi içinde yer alır.

FİLİPİNLER SAğLIK SİSTEMİ

I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Filipinler Cumhuriyeti
YÖNETİM BİÇİMİ	: Cumhuriyet
YÜZÖLÇÜMÜ	: 300.000 km ²
NÜFUS	: 82.841.518 kişi
BAŞKENTİ	: Manila
PARA BİRİMİ	: Filipin Pezosu
RESMİ DİLİ	: Tagalogca, İngilizce
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Cebn, Davao (1/1062)

I.1. Coğrafi Konum Ve Yapı

Güneydoğu Asya'da yer alan Filipinler, Endonezya adalarıyla Tayvan arasında adalar üzerinde yer alır; batıda Çin Denizi, doğuda Pasifik Okyanusu'yla çevrilidir.

Pasifik Okyanusu'ndaki "ateş çemberi" (denizan volkan kuşağı) üstünde yer alan Filipinler, doğuda dünyanın en derin deniz çukurlarından biriyle (10.800 m) sınırlıdır. Sürekli volkanik etkinliğin ve büyük depremlerin gözlemlendiği takımda 1000'i meskun, 7000'i aşkın adadan oluşur; kıyılarının uzunluğu 23 000 km'dir. Dağlık yeryüzü (en yüksek noktası Apo Yanardağı, 2955 m) bir çok kısa akarsuyun neden olduğu şiddetli bir aşınmaya uğramıştır. Verimli volkanik topraklara sahip vadilerle birkaç ova, nüfusun en yoğun olduğu bölgelerdir. Nemli ve tropikal bir iklimi vardır. Ülkenin doğu kesimini sürekli yağış alırken batı bölgeleri kuraktır (yaz musonları). Filipinler'de yaygın bitki örtüsü- giderek azalmakta olan sık ormanlıklardır; ülke topraklarının yüzde 40'ı da savanlarla kaplıdır (1/1062).

I.2. Tarihçe

Filipinler, başta Srivicaya ve Macahit Hint-Malezya imparatorlukları (VII.-XVI. yy) olmak üzere çeşitli deniz devletlerinin egemenliğine girdi. Adaların 1521'de Macellan tarafından keşfinden sonra, 1543'te Villa-Lobos bu topraklara İspanya Kralı II. Felipe'nin onuruna bugünkü adını verdi. Bunu, o güne kadar İslamiyet'in egemenliğindeki ülkenin, köklü bir Hristiyanlaştırma sürecinden geçtiği dört yıllık bir sömürgeci himaye dönemi izledi. XIX. Yüzyıl sonunda, bir süre İspanyol kuvvetlerinin ezdiği ulusçu hareketler, İspanya-Amerika Savaşı (1897) ve İspanya'nın yenilgisinden yararlanarak geçici bir bağımsızlık elde ettiler; ABD, Filipinler'i 1898'de ilhak ettiyse de, 1901'e kadar bağımsızlık kahramanı E. Aguinaldo ile savaşmak zorunda kaldı. Ülkede reformlar yapılmasını yolunda giderek daha fazla ödün veren ABD, 1916'da Manuel Quezon'un elde ettiği özerkliği tanımak zorunda kaldı; Quezon 1935'te özerk, ancak henüz bağımsızlık kazanmamış ülkenin devlet başkanı oldu. Aralık 1941'oe adalara çıkan ve istila eden Japonlar, MacArthur'u 1942'de son mevzilerinden de attılar. Filipinli direnişçiler, Komünistlerin yönetiminde işgale karşı eylemler başlattılar.

Ekim 1944'te Luzon'a geri dönen MacArthur, Nisan 1945'e kadar İkinci Dünya Savaşı'nın en çetin savaşlarından birini verdi. 1946'da bağımsızlık kazanan Filipinlerin ilk devlet başkanı liberal eğilimli Roxas idi. Bağımsızlıktan sonra da ilişkilerin sürdürüldüğü ABD, önemli bir mali ve ekonomik yardım karşılığında, Filipinlerdeki, Amerika sınırları dışında en büyük askeri tesisleri olan beş askeri üssü korudu (Filipinlerin ısrarlı talepleri sonucunda ABD, Bubic Bay ve Clark'taki iki askeri üssünden çekildi). 1965'te Filipinler cumhurbaşkanı seçilen Ferdinand Marcos 1986'ya kadar iktidarda kaldı. Ülkede bir tarım reformu gerçekleştirilmesine rağmen, özellikle 1972'den 1981'e kadar, gerilla hareketine karşı mücadele amacıyla ilan edilen sıkıyönetimin arkasına sığınarak aşırı otoriter, baskıcı bir yönetim uyguladı. Ülkedeki iki gerilla hareketinin birisi, Maoçu eğilimli Yeni Halk Ordusu (NPA), diğeri ise Müslümanlara özerklik talebiyle ortaya çıkan Moro Ulusal Kurtuluş Cephesi (MNLF) idi. Marcos'un muhalifi Benigno Aquino'nun 1983'te öldürülmesi, Marcos'un ülkeyi terk ederek ABD'de sürgünde yaşaması ve B. Uquino'nun dul karısı Corazon Aquino'nun devlet başkanlığına getirilmesiyle noktalanarak halk hareketinin kıvılcımı oldu. Ülkede demokrasinin kurulması, Marcos'un saf dışı bıraktığı ve toprak reformu konusundaki her türlü girişimi felce uğratan toprak oligarşisinin iktidara gelmesine yol açtı. Gerillalar (Komünist NPA ügüllaları, Mindanao Adası bağımsızlık hareketi, Müslüman ayrılıkçılar) silahlarını bırakmadılar. Seçimlerdeki olağanüstü başarısına (1987 Anayasa Referandumu; Senato ve Kongre seçimleri) rağmen C. Aquino rejimi, çeşitli darbe girişimlerini alt edebilmek için ordu rejime ve Anayasa'ya daha fazla dayanmak zorunda kaldı. Sanayiciler ve büyük toprak sahiplerinin hoşnutsuzluğuyla da baş etmek zorunda kalan Aquino ekonomik programı askıya aldı. Mayıs 1992'de cumhurbaşkanlığına general Fidel Ramos seçildi. Aynı yıl ABD, Filipinlerdeki son askeri üssünü de boşalttı (1/1063). Filipinler 1987'de yeni bir anayasayı uygulamaya koydular. Bu anayasanın referandumla kabulü ile ülke tarihinde dördüncü kez otokrasiden demokrasiye geçiş kabul edilmiş oldu. Sistem demokrasinin bir biçimi olan başkanlık tipi cumhuriyettir ve Avrupa'daki sistemden çok Amerika'daki sisteme benzer. Ancak bazı farklılıklar vardır. En önemli farklılık ABD'deki federal cumhuriyet yerine üniter cumhuriyet olmasıdır. Başkan hükümetin başı, ülkenin şefi, bağımsızlığın simgesidir. Başkan, yardımcısını seçebileceği gibi, kabine de atayabilir (2/4110,4111).

1.3. Nüfus ve Etnik Yapı

16. yüzyıldaki İspanyol istilasından önce yerel halk, barangay denilen küçük bağımsız köylerde yaşıyordu. Bunların her biri Datu adındaki şeflerce yönetilirdi. Günümüzde ise kırsal yerleşim İspanyollarca kurulan, Poblacion adlı küçük kasabalarda yoğunlaşmıştır. Bu Poblacion'ları birbirine bağlayan yollar üzerinde Barrio'lar, onların içinde de daha küçük yerleşimler olan Sitio'lar gelişmiştir. Bugün kırsal nüfusun büyük bir bölümü, bin dolayında evi barındıran Barrio'larda yaşar. Başlıca geçim kaynakları, pirinç ve mısır ekimi ile balıkçılıktır. Geri kalan küçük kabileler ise barangaylar'da yaşarlar, toplayıcılık, balıkçılık ile geçinirler ve Datu isimli şeflerce yönetilirler. (4/576).

Temmuz 2001 verilerine göre ülke nüfusu 82.841.518'dir. Yıllık nüfus artış oranı %2,03'tür.

Ülkeden yılda binde 1,01 oranında başta Amerika olmak üzere dış ülkelere göç vardır. Nüfusun %91,5'ini Hıristiyan Malaylar, %4'ünü Müslüman Malaylar, %1,5'ini Çinliler ve %3'ünü diğer etnik gruplar oluşturur.

Dinsel dağılıma bakıldığında Roma Katoliklerinin oranının %83, Protestanların %9, Müslümanların %5, Budistlerin ve diğerlerinin ise %3 olduğu görülmektedir.

Ülkede iki resmi dil konuşulmaktadır: Filipince (Tagalog temelli) ve İngilizce. Tagalogca'nın başlıca sekiz lehçesi konuşulur: Tagalog, Cebuano, Illocan, Hiligalnon, Bicol, Waray, Pampango, Pangasinense (3/1).

Filipinler bazı yönleriyle komşularından farklıdır. Asya'daki yegâne Hıristiyan devlettir ve batı kültürünü kabul etmiştir. Politik kurumları ve yönetim biçimi Amerikan yönetimidir. Filipinler esasında Batılılarca Avrupalı kabul edilmemekte ve Asyalılarca da şüpheyle karşılanmaktadır. Bu durum bazen iç muzursuzluğa sebep olmaktadır (2/4109).

1.3. İdari Yapı

1973 tarihli Anayasanın yerini alan ve 1987'de kabul edilen Anayasaya göre Filipinler üniter bir devlet yapısına sahip çok partili bir cumhuriyettir.

Yasama yetkisi iki meclisli Kongre'nin elindedir. Kongre, Temsilciler Meclisi (200'ü seçimle gelen, 50'si Devlet Başkanınca atanan 250 üye) ve Senato'dan (24 üye) oluşur. Devlet başkanı 6 yıllık tek bir dönem için seçilir. Filipinlerde başbakan güçlüdür. Kabinesini kendi arzusuna göre kurar. Başbakan'ın kararlarına kongrenin 2/3 oy çoğunluğuyla karşı gelinemez (1/1063).

Ülke 13 bölgeye ve 71 ile ayrılmıştır. Başkenti olan Manila özel bir statüye sahiptir.

Birleşmiş Milletlerin kurucu unsurlarından olan Filipinler, uluslararası politikada aktiftir. 1954'te Güneydoğu Asya Paktı Antlaşması (SEATO) üyesi olmuştur. Çoğu dünya meselelerinde ABD yanında yer almaktadır. Asya ülkeleri ile bağlarını kuvvetlendirmek için Asya Pasifik Konseyi (ASPAC) ve Güneydoğu Asya Ülkeleri Cemiyeti'ne (ASEAN) girmiştir (3/2).

1.4. Ekonomi Ve Doğal Kaynaklar

Tarıma dayanan ekonomi, İspanyol sömürgeciliğinin izlerini taşımaktadır: büyük toprak mülkiyeti, yarıcılık ve ihracata yönelik tarım ürünlerindeki gelişme (hindistancevizi, hindistancevizi yağı, halat yapımında kullanılan Manile keneviri, şeker kamışı, ananas ve tütün). Tarıma ayrılan toprakların yüzde 44'ünde, özellikle Luzon'da yapılan çeltikçilik, başlıca gıda ürünü tarımıdır. Ülke içi gereksinimi karşıladıktan başka, kalanı da ihraç edilir. Mısır, hindistancevizi ve balıkçılık da önemli yer tutar. Ormanlar, özellikle de Mindanao ormanlarında değerli, işlemeye elverişli ağaçlar ve bambu yetişir.

Yeraltı kaynaklarının (bakır, altın, kömür, krom, nikel) bolluğuna rağmen yeterli enerji kaynaklarından yoksun bulunan sanayi, geleneksel tarım ürünlerini (tarımsal gıda, puro ve sigara, tekstil) işler. Genelde Japon ve Amerikan sermayesinin desteklediği Mindanao çelik tesisleri, Manila bölgesindeki kimya, makine ve elektronik gibi yeni sanayi dalları da gelişme yolundadır. Ticaret açığı aşırı derecededir. Yaklaşık 26 milyar doları bulan dış borç, ödemede sağlanan kolaylıklara rağmen ülke gelirinین üçte birini götürür.

Turizm büyük bir gelişme göstermiş, ancak 1991'deki doğal afetler (Pinatubo Yanardağı'nın püskürmesi, Thelma Kasırgası), 300,000'inin Manila'daki gecekondularda kümelendiği bir milyon kişilik bir iç göç dalgasına neden olmuş, ekonomik büyümeye darbe vurmuştur.

Ülke ekonomisi içinde tarım sektörü %41, sanayi sektörü %16, hizmet sektörü %41 ve madencilik sektörü %2'lik pay tutar.

En önemli ticaret ortakları sırasıyla ithalat alanında, ABD, Japonya, Tayvan, Çin ve Singapur, ihracat alanında ise ABD, Japonya, Hollanda ve İngiltere'dir (1/1062).

1.5. Ulaşım

Ülkedeki ulaşım coğrafi özelliklere bağlı olarak oldukça problemlidir. Karayolu ağı toplam 160,000 km olup ülkenin iç kesimlerinde yoğunlaşmıştır. Mevcut karayolunun %17'si bakımlıdır. Ülkenin sahip olduğu 897 km.lik demiryolunun sadece yarısı kullanılabilir durumdadır.

Ülkede deniz ulaşımı oldukça gelişmiştir. En önemli limanları Batangas, Cagayan de Oro, Cebu, Davao, Fuimaras Adası'dır.

Ülkede havaalanlarının sayısı 288'dir. Ayrıca bir helikopter alanı da mevcuttur (1/1063)

II. SAĞLIK SİSTEMİ

II.1. Sağlık Sistemine Genel Bakış

Ülkedeki nüfus artış hızı sağlık hizmetlerinin yeterli bir şekilde dağıtılmasının önünde önemli engeller teşkil etmektedir. Arz ve talep arasındaki açığın büyümemesi için temel sağlık hizmetlerine sürekli olarak ciddi yatırımlar yapılması gerekmektedir. Ayrıca, hızlı nüfus artışından çevre koşulları da olumsuz olarak etkilenmektedir.

Filipinlerde, özel sektör kişilerin sağlığının geliştirilmesinde büyük ve belirleyici bir rol oynar. Özel sektörün sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık sigortası, ilaçların ve medikal malzemelerin üretimi, otelcilik hizmeti, sağlık ekipmanı, araştırma ve geliştirme faaliyetleri, diğer sağlık ve beslenme ürünlerinin sağlanması, insan kaynaklarının geliştirilmesi ve diğer ilişkili hizmetlerde faaliyet yürütür.

En yaygın görülen rahatsızlıklar ishal, bronşit, zatürree ve grip gibi bulaşıcı hastalıklar ve hipertansiyondur. Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı hâlâ çok yüksektir. Bunun yanı sıra bulaşıcı olmayan hastalıklar da artmaya devam etmektedir. Hastalıkların bu kadar yaygın olması sağlık sektörüne büyük bir yük getirmekte, ayrıca ekonomik açıdan önemli işgücü kayıplarına neden olmaktadır. Sık görülen hastalıkların aksine, ölüm nedenleri çoğunlukla bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır.

Tablo 1: En Sık Görülen Hastalıklar Ve Başlıca Ölüm Nedenleri (2001)

En sık görülen Hastalıklar (100.000 kişide)	
İshal	1085,80
Bronşit	891,70
Zatürree	837,40
Grip	641,50
Hipertansiyon	408,70
Başlıca Ölüm Nedenleri (100.000 kişide)	
Kalp rahatsızlıkları	76,30
Kan dolaşımı rahatsızlıkları	56,60
Zatürree	46,10
Tümörler	43,90
Kazalar	40,80

Kaynak: (5) Department of Health (2004) Health situation s:3

Çocuk ölüm oranı (%0,29) düşüyor olmasına rağmen, komşu ülkelerle karşılaştırıldığında hâlâ yüksektir. Anne ölüm oranı (100.000 kişide 96,13) 1970-1995 arasında çok az bir düşüş göstermiş olup halen yüksektir.

Beslenme ile ilgili sorunlar ve parazitlerin neden olduğu rahatsızlıklar çocuklar arasında oldukça yaygındır. Okul öncesi dönemdeki (0-5 yaş) çocuklar arasında düşük kiloluların oranı 1996 yılında %30,6 iken 2000 yılında çok az bir düşüş göstererek %30,6'ya inmiştir. 1998 yılında yetersiz gelişen çocukların oranı %34'tür. Başlıca ölüm nedenlerinden dolayı hayatını yitirenlerin %17'lik kısmını ergenler ve gençler oluşturmaktadır, bu oran tüm ölüm nedenleri göz önüne alındığında %6,7 olmaktadır. Kazalardan ve diğer olaylardan ölüm oranları da dikkate değer oranda yüksektir.

1994 yılında yapılan bir araştırmaya göre, 15-24 yaş arası 1,8 milyon erkek ve 670.000 kız cinsel ilişkide bulunmuştur. Korunmasız olarak yapılan seks, HIV dahil olmak üzere bazı hastalıkların yayılmasına ve istenmeyen hamileliklerin artmasına neden olmakta, kürtaj sayısında artış gözlenmektedir. 15-24 yaş arasındaki genç anneler, anne ölümlerinin %21'ini oluşturmaktadır. Bu yaş grubundakilerin %17'si kürtaj olmakta ve %6'sı da düşük yapmaktadır.

Filipinler'de sağlık sisteminin en önemli önceliği sağlık hizmetlerinin kitlelere ulaştırılması ve Filipinlilerin özellikle düşük gelirli kesimin yaşam kalitesini yükseltmektir. Sağlık statüsünün ülke çapında çeşitli gruplar arasında büyük farklılıklar göstermesi her yıl artmaktadır.

Filipinler'de sağlık harcamaları önemsenecek düzeydedir ve her geçen yıl artmaktadır. Ancak bu harcamalar hala istenen düzeyde değildir. Yönetim kademesindeki aksaklıklardan kaynaklanan kötü yönetim, kaynakların etkili ve verimli kullanılmasını önlemektedir. Harcamaların büyük bir kısmı hastahaneye ve tedaviye ayrılmıştır. Sağlık harcamalarından önleyici ve geliştirici hizmetlere ayrılan pay %13 gibi küçük bir rakamdır.

Filipinler hükümeti sağlık sisteminin daha iyi bir hale getirilmesine yönelik olarak Ulusal Sağlık Hedefleri adı altında çeşitli öncelikleri belirlemiş, bunların uygulamaya konulması için bazı projeler hazırlamıştır. Bu hedef ve projeler kısaca şunlardır.

- İlaçların fiyatlarının düşürülmesi ve sağlık hizmetlerinin mümkün olan en iyi hale getirilmesi,
- Filipin Sağlık Sigorta Şirketi aracılığıyla sigorta sisteminin kapsamının genişletilerek herkesi kapsamının sağlanması,
- Ulusal Tüberküloz Programı ile tüberkülozla etkili bir şekilde mücadele edilmesi,
- Aşılama hizmetlerinin genişletilmesi, tüm çocukların çeşitli hastalıklara karşı aşılmasının sağlanması,
- İyotlu tuz kullanımının azlığı ve A vitamini eksikliği nedeniyle ortaya çıkan rahatsızlıklarla mücadele,
- Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması programlarının geliştirilerek yaygınlaştırılması,
- Kuduz Hastalığının Önlenmesi Ve Denetlenmesi Programı,

- Sıtma Denetleme Programı,
- AIDS'in önlenmesi ve denetlenmesine yönelik çalışmaların yaygınlaştırılması,
- Sağlıklı yaşam tarzı ve bilinçli aileler oluşturmaya yönelik projelerin uygulanması (5/2-5).

II.2. Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Filipinler'de kamu sağlığı hizmetleri sistemi son 25 yıl içinde önemli gelişmeler kaydetmiştir. 1979 yılında Birincil Sağlık Hizmetleri Stratejisi uygulamaya sokulmuş, 1983 yılında kamu sağlığı hizmetleri ile hastahane hizmetleri birleştirilmiş, 1987 yılında Sağlık Bölümü (bakanlığı) yeniden yapılandırılmış, 1992 yılında sağlık hizmeti sunan kurumların çoğunluğu yerel yönetim birimlerine devredilmiş, Sağlık Bölümü'nün idari yapısı ve işlevi düzenlenmiştir. 1999-2000 yılında organizasyon yapısı ve fonksiyonları modernize edilmiştir.

Sağlık Bölümü (bakanlığı) sağlık alanındaki kuruluşları yönlendirirken, özel dal hastahaneleri, bölge hastahaneleri ve tıp merkezlerinin kuruluşunu sağladı. Bu çerçevede Sağlık Geliştirme Merkezi 16 bölgede bulunur ve taşra sağlık guruplarını yönetir. Sağlık hizmetlerinin yönetiminin yerel yönetim birimlerine devriyle kırsal yönetim, kırsal ve bölgesel hastahanelerin yönetimini üstlendi. Belediyeler ise kırsal sağlık ünite ve barangay (köy) sağlık istasyonlarından sorumludur (6/5).

II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde birinci dereceden sorumlu kurum Sağlık Bölümü (Department of Health) adını taşıyan ve Sağlık Sekreteri olarak adlandırılan, hükümet büyesi tarafından yönetilen örgüt, sağlık bakanlığı görevini yürütür. Görevi özellikle bakime için eşit, sürdürülebilir ve kaliteli sağlık hizmetini garanti etmek ve araştırmaları yönetmektir. Ayrıca bütün halkın temel sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini sağlamak, sunulan sağlık hizmet ve malzemelerin düzenlemelerini yapmakla sorumludur. Sağlık Bölümü 17 merkez ofis, 16 bölgedeki sağlık geliştirme merkezleri, 70 hastahane ve kendisine bağlı 4 daireden oluşur.

Sağlık Bölümü'nün (bakanlık) merkez örgütü, sekreteryaya ve beş büyük görev kümesinden oluşur. Sekreteryaya, Sağlık Sekreterine bağlı destek hizmetlerini yerine getirir. Bunlar acil sağlık yönetim personeli, iç denetleme personeli, basınla iletişim gurubu ve toplum yardımları gurubudur.

Birinci görev gurubu olan Toplum Yardımları gurubu, üç büyük bölge olan Luzon, Visayas ve Mindanao'da yerleşmiş Sağlık Bölümü'nün bölgesel ofislerinden oluşur. Bu ofislerin başı İdari Sekreter'dir (müsteşar) ve sekreter yardımcısı tarafından desteklenir. Ofisler sağlığı geliştirmek için, Sağlık Reform Gündemi, Ulusal Sağlık Hedefleri, yerel hükümet kanunlarından hareketle Koordinasyon ve İzleme işlerini yapar.

İkinci görev gurubu Sektörel Yönetim Desteği Gurubudur ve Sağlık İnsan Kaynakları Geliştirme Bürosu ile Sağlık Politikaları Geliştirme Ve Planlama Bürosundan oluşur.

İç Yönetim Desteği Gurubu üçüncü görev gurubunu oluşturur ve Yönetim Servisi, Bilgi Yönetim Servisi, Finansal Servis ile Temin Ve Lojistik Servisten oluşur.

Dördüncü görev gurubu Sağlık Düzenleme Gurubudur. Sağlık Tesis Ve Servisleri, İlaç Ve Gıda Bürosu, Sağlık Malzemeleri Ve Teknolojisi bölümlerini kapsar.

Dış İlişkiler gurubu bir diğer görev gurubu olup, Karantina Ve İç Sağlık İzlenmesi Bürosu, İç Sağlık Birliği ve Yerel Gelişme Bürosunu kapsar.

Altıncı gurup Sağlık Programı Geliştirme Gurubudur ve Hastalıkların Önlenmesi Ve Kontrolü Merkezi, Ulusal Epidemiyoloji Merkezi, Sağlık Geliştirilmesi Merkezi ve Sağlık Servislerini Geliştirme Merkezini içerir. Uygulama alanında etkili ve verimli sağlık hizmeti hedefini yakalamakla sorumludur. Kanunların düzenlenmesini, politika ve programların uygulanmasını sağlar. Ayrıca, bölgesel yönetim ve diğer bölümlerin bölgesel kuruluşları ile işbirliği yapar.

Sağlık Bölümü (bakanlığı) Hastahaneleri, Özeleşmiş veya genel hastahaneleri ile hastahane tabanlı hizmet sunar. Diğer klinik öncelikli araştırmalar ve branşlaşma için hastahanelere eğitim vermek gibi sorumlulukları vardır.

Diğer Bağlı Kuruluşlar: Dört kuruluşta oluşur. Filipin Sağlık Sigortası Kuruluşu, özel ve kamu sektörüne yönelik Ulusal Sağlık Sigortası Kanunlarını uygular ve sağlık programlarını yönetir. Tehlikeli İlaçlar Yönetim Kurulu, tehlikeli ilaçların kontrol ve denetimini yapar. Diğer iki kuruluş, Filipin Geleneksel Ve Alternatif Tedavi Enstitüsü ve Filipin Ulusal AIDS Komisyonu'dur (11/1,2).

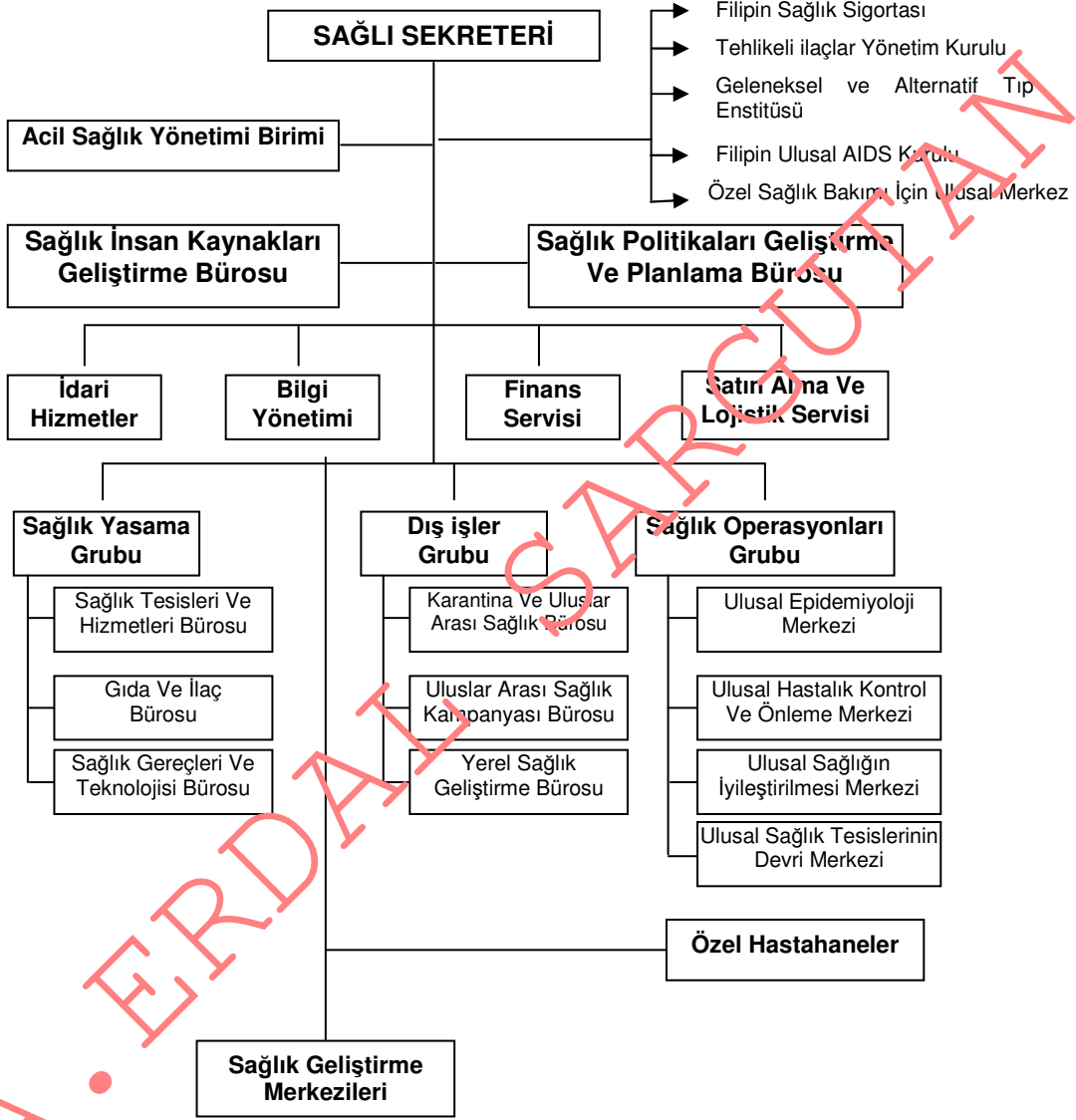
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetini sunan kurum ve kuruluşlar oldukça çeşitlidir, ancak çoğunluğu kentsel alanlarda bulunmak üzere düzensiz bir dağılım göstermektedir. 2002 yılı rakamlarına göre 10.000 kişiye 11,50 doktor, 5,55 dış hekimi, 43,69 hemşire düşmektedir (6/5).

Nüfus başına düşen doktor ve hastahane oranları diğer Güneydoğu Asya ülkeleri ile hemen hemen aynıdır, ancak Avrupa ve Kuzey Amerika ile kıyaslandığında oldukça düşüktür. Sağlık personeli ve sağlık tesisleri kentsel alanlarda yoğunlaşmış durumdadır. 1970'ler ve 1980'lerde Filipinler'den Amerika Birleşik Devletleri'ne yoğun bir hemşire ve doktor göçü yaşanmıştır. Ancak sistemdeki tesis ve personel eksikliğinin tek sebebinin bu olduğu söylenemez.

Sağlık sektörü, kamu çalışanları ve özel sektör çalışanlarından oluşur. Kamuda çalışanlar, Sağlık Bölümü'ne bağlı olanlar ve yerel yönetim birimlerine bağlı olanlar olarak ayrılır. Özel sektörde çalışanlar serbest olarak ve özel hastahanelerde, sağlığı geliştirici organizasyonlarda ve diğer kuruluşlarda çalışırlar. Sağlık alanında çalışan personelin yarısı (%50,1) Sağlık Bölümü'ne bağlıdır ve toplam insan kaynaklarının sadece %9,6'sı Merkez Büroda görevlidir. Özel hastahanelerde çalışanların oranı %36,1'dir. Tehlikeli Uyuşturucular Bürosu ve Filipinler Sağlık Sigortası Kuruluşu'nun Sağlık Bölümü'ne bağlı personel sayıları ise sırasıyla 137 ve 995'tir.

Şema 1:Sağlık Bölümü (Bakanlığı) Örgüt Şeması



Kaynak: (7) Department of Health (2005) Organization Chart s:2

1997 yılında Sağlık Bölümü'ne bağlı toplam 22.080 yatak kapasiteli 52 hastahane vardır. Özel hastahaneler toplam yatak kapasitesinin %30,7'sine sahiptirler (8/2).

Tablo 2: Doktor, Diş Hekimi, Hemşire Ve Ebe Sayıları, 1980-1996

	1980	1990	1996
Doktor	50.848	72.593	86.878
Hemşire	114.657	174.112	289.473
Ebe	42.114	71.092	117.995
Diş hekimi	-	-	36.707
Eczacı	-	-	37.650

Kaynak: (9) Parado, G., Diwa, B., Estabillo, V., Lorenzo, F. (1999) Public service reforms and their impact on Health sector personel in the Philippines, s:178

II.4.1. Tıp Eğitimi

Filipinlerde yüksek eğitim, Yüksek Eğitim Komisyonu tarafından yönetilir. Filipin tıp okullarında yapılan tıp eğitimi Batı modeline dayanmaktadır. Bu eğitim programlarının temeli Filipinlerin bağımsızlığından önceye dayanmaktadır.

28 tıp okulunun müfredatı, ilk dört yıl için temel tıp ve klinik öncesi bilimlerine dayalı didaktik bir öğretim üzerine kurulmuştur. Eğitimdeki genel problemlerden birisi öğrencilerin eğitimlerini yarım bırakarak ayrılmalarıdır. Bu problem karşısında Yüksek Eğitim Komisyonu, ilk iki yıl tıbbi (diş, hemşirelik, eczacılık, medikal teknoloji ve diğer sağlık disiplinleri) temel öğretileri öğretmeyi amaçlayan bir müfredatı hazırlamıştır. Amaç; eğer öğrenciler iki yılın sonunda okulu bırakırlarsa, barangay (köy) sağlık çalışanı olarak çalışabilecek yeterliliğe ulaşmalarıdır. Eğitimde ağırlık, tıp biliminin uygulaması ya da bir topluluğun sağlığını iyileştirmekten öte, geleneksel disiplinler ve konular üzerinedir. Hastalarla iletişime geçiş öğrencilerin genellikle bir yeterlilik sınavı ile bu konularda kendilerini kanıtlamalarından sonra gerçekleşmektedir.

Bu okullarda, öğrenciler hastalarla ilk temaslarını eğitim hastahanelerinde kurarlar. Bu tıp hastahaneler genellikle karmaşık ya da çözülememiş sorunları olan hastalarla doludur. Bu hastahaneler ekipman, ilaçlar ve uzman personele sahiptir. Bu yüzden de buradaki klinik eğitim, tanı ve eğer ya da karmaşık rahatsızlıkların giderilmesi üzerine odaklanır. Öğrencilerin çoğu bu tıp bilgilerin gerekli olduğu uzmanlık dallarına yönelmeleri için teşvik edilirler. Öğrenciler de genellikle bu ek eğitime, genel pratisyen olarak büyük kent merkezlerinde ya da yurt dışında devam ederler.

Hekim eğitimi ayrıca hastaların tedavi edilmesi, hayatta kalmanın sağlanması ya da rahatsızlıklarının en aza indirilmesi üzerine odaklanmıştır.

Tıp eğitiminin önemli bir parçası olmasına rağmen, hastalık önlenmesi, sağlık yapısının iyileştirilmesi ve toplumun geliştirilmesi gibi konular büyük oranda ihmal edilmektedir. Bu yüzden de örneğin Manila'da kalp nakli yapılabilirken, Batı Mindanao'daki kırsal kesimde yaşayan halkın %80'i herhangi bir sağlık hizmetinden yoksundur. Sağlık sisteminin sosyal ve ekonomik belirleyicilerinin etkileri geleneksel eğitim müfredatı içinde kendine yer bulamamaktadır (10/6,7).

II.5. Geleneksel Ve Alternatif Tıp

Filipinler sağlık sisteminde geleneksel tıp geniş bir yer tutmaktadır ve Sağlık Bölümü'nün (bakanlığı'nın) denetiminde uygulanmaktadır. Günümüzde bu alana ilgi oldukça artmış ve dünyaca kabullenilmesi ve popülerliğinin artırılması hedeflenmektedir. Kuşaktan kuşağa aktarılan tedavi yöntemleri, modern yöntemlerin pahalı oluşu ve halk tarafından tercih edilmediği nedeni ile geniş kesimlerin tercihidir.

Uygulanmada bitkisel ilaçların kullanımı, masajla tedavi, akupunktur ve diğer alternatif metotlar (besinle iyileştirme, hidroterapi) bulunur. Belirli uygulamaların yaygınlığının artırılması için topluma açık Sağlık Bölümü'nün (bakanlığı'nın) onayladığı kişiler tarafından yetenek seminerleri düzenlenmekte ve standartlar belirlemekte ve etik kurallar getirerek tıp doktorları ve doktor olmayanlar arasında akreditasyon hedeflenmektedir.

Bitkisel yiyecek ve ilaçların sağlanması konusunda standart ve gerekliliklerinden sorumlu kuruluş, Sağlık Bölümü'nün tescilden sorumlu birimi İlaç Ve Besin Bürosu'dur. Filipinlerde bitkisel ürün (ilaç, yiyecek, kozmetik) üreticileri adı "Bitkisel Endüstriler Odası" olan resmi bir dernek çatısı altında toplanmıştır. Ticaret Ve Sanayi Bakanlığı bu konuda yerel üreticilere dış pazara açılması konusunda olanak sağlar.

Filipinler 1997 yılında kabul ettiği, "Geleneksel Ve Alternatif Tıp" yasası ile geleneksel tıp ve uygulamalarını kurallara bağladı. Bu yasa ile şunlar amaçlanmıştır;

- Toplum sağlığı üzerinde doğrudan etkiye sahip geleneksel tıp hakkında araştırma yapılmasını ve gelişimini sağlamak,
- Hükümet standartlarına göre güvenilirliği ve etkililiği kanıtlanmış geleneksel ve alternatif metotların hastalıkların önlenmesi ve tedavide kullanılmak üzere geliştirilmesi ve desteklenmesi,
- Uygun yöntemlerin belirlenmesi, standart ve yol göstericilerin tespiti, doğal ve organik ürünlerin üretimi, kalite, kontrol ve pazarlanmasının hükümet kurumlarına uyarlanması,
- İmalat ve kalite kontrol de etik kuralların belirlenmesidir (11/1-3).

II.6. Sağlık Sisteminin Finansman Yapısı

Filipinlerde sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı 2002 yılında %2,9'dur. Bu oran 1998 yılında %3,5 iken her geçen yıl sürekli bir düşüş göstermiştir. Aynı şekilde genel hükümet harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı da 1998 yılında %42,5 iken 2002 yılında bu oran %39,1'e düşmüştür. Buna paralel olarak özel sektör harcamalarında artış gözlenmektedir.

Genel hükümet harcamaları içinde sağlık harcamalarına ayrılan payın da düşüş içinde olduğu görülmektedir (1998'te %6,5, 2002'de %4,7).

Filipinlerde sağlık finansmanının kaynakları şunlardır:

- Hükümet bütçesi (ulusal ve yerel yönetim)
- Sosyal Sağlık Sigortası Fonu
- Doğrudan kişisel ödemeler
- Diğerleri (uluslar arası yardımlar, bağışlar vb.)

Hükümet bütçesi içerisinde 1991 ve 1999 yılları arasında sağlık harcamaları nispeten azalmış ve %38,5'ten %38'e düşmüştür. Bu düşüş, genel sağlık harcamalarında hükümetin payının düşmesi ile ilgilidir (%34,7'den %20'ye düşmüştür). Bunun nedeni, sağlık reformunun uygulanması ile bütçeden Sağlık Bölümü'ne (bakanlığı'na) ayrılan payın azaltılması, yerel yönetim birimlerinin payının artırılmasıdır.

Ulusal Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık harcamalarının payı giderek artmaktadır. Bu artış 1991 yılında %3,7 iken 1999 yılında %6,7 ile bir artış göstermesine rağmen yeterli değildir. Sağlık Sektör Reform Politikasına göre Ulusal Sağlık Sigortası, Filipin halkı arasında sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında eşitliğin sağlanabilmesi için kilit stratejidir. Özellikle özel sektörün katkısıyla yoksul aileler sigortalanacak ve sağlık hizmeti ihtiyacı sigorta tarafından karşılanacaktır.

Sağlık harcamalarında kişisel ödemelerin payı 1991'de %56 iken, 1999 yılında %57'ye yükselmiştir. Oransal olarak düşük gibi görünün bu artışın kişilere getirmiş olduğu yük oldukça fazladır.

Hane halkının yaptığı kişisel doğrudan (cepten) ödemeler, kişisel ödemelerin en büyük kısmını oluşturur ve bu ora %46'nın altına hiç düşmemiştir. Bunun anlamı aileler sağlık hizmetlerinde faydalanabilmek için büyük bir finansal yükün altındadır. Oysa 1995 yılında kabul edilen Ulusal Sağlık Sigortası Yasası'na göre, kişilerin üzerindeki bu yükün Sosyal Sigortalar üzerine kaydırılması öngörülmüş ve devamında doğrudan kişisel ödemelerin %20'nin altına düşürülmesi öngörülmüştür (13/4).

1.7 Sosyal Güvenlik Sistemi

Filipinler'de sosyal güvenlik sistemi 1957 yılında kurulmuş olup, hem kamu hem de özel sektör çalışanları için zorunludur. 65 yaşında emeklilik zorunludur, ancak 60 yaşında isteğe bağlı olarak emekli olunabilir. 1975'te eklenen bir sistemle çalışanlar iki katı prim ödeyerek ölüm, yaralanma ve hastalıklara yönelik olarak da sigortalanırlar.

Sağlık Bölümü'nün (bakanlık) yanında, belki de en önemli hükümet kuruluşu Filipin Tıbbi Bakım Komisyonu'dur. 1969 yılında hastahane hizmetleri ve ilgili hekim çalışmaları için sosyal sigortalama programı yaratmak amacıyla kurulmuştur. Tıbbi Bakım Komisyonu programı iki büyük gruba hitap eder:

- Kamu çalışanları ve onlara bağımlı olan aileleri,
- Özel sektörde çalışanlar ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişiler.

Tablo 3: Filipinler Ulusal Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Değişimi

	1998	1999	2000	2001	2002
GSYİH'nın yüzdesi olarak toplam sağlık harcamaları	3,5	3,5	3,4	3,2	2,9
Toplam sağlık harcamaları içinde genel hükümet harcamalarının yüzdesi	42,5	43,7	47,1	43,6	39,1
Toplam sağlık harcamaları içinde özel sektör harcamalarının yüzdesi	57,5	56,3	52,9	56,4	60,9
Genel hükümet harcamaları içinde genel hükümet sağlık harcamalarının payı	6,5	6,5	7,0	5,8	4,7
Genel hükümet harcamaları içinde sosyal güvenlik fonlarının harcamaları	8,9	11,5	14,9	18,2	23,4
ABD Doları cinsinden kişi başına düşen toplam sağlık harcaması	163	164	169	163	153

Kaynak: (17) WHO (2005) The World Health Report s:3

Finansmanın kaynaklara ve kullanım verilerine göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir:

Tablo 4: Finansman Kaynakları Ve Kullanımları (1999 yılı)

FONLARIN KULLANIMI	FINANSMAN KAYNAKLARI				KULLANIMA GÖRE TOPLAM
	Hükümet	Sosyal Sağlık Sigortası	Doğrudan (Kişisel) Ödemeler	Diğerleri	
Kişisel Sağlık Hizmetleri	18	4	46	8	76
Kamu Sağlığı Hizmetleri	12	0	0	0	12
Diğerleri	8	1	0	3	12
KAYNAĞA GÖRE TOPLAM	38	5	46	11	100

Kaynak: (13) Mario, C. (2004) The National Health Accounts Projection s:1

İşçilerin sigortadan yararlanmaları için aylık belli bir miktar ve üstünde kazanmaları ve primin %50'sinin iş verence karşılanması gerekir. Hastahane ve ilgili hizmetler için ödeneklerin toplanması ve kullanılması iki farklı birimce yapılır. Özel sektör çalışanları için Sosyal Güvenlik Sistemi ve kamu çalışanları için Hükümet Hizmet Sigortalama Sistemi. Çalışan işçi başına 3 kişinin bağlı olduğu düşünülürse, toplam olarak nüfusun %28'ine yakınına kapsamış olmaktadır.

Filipinlerde sağlık sigorta sistemi 1995 yılında yürürlüğe giren Ulusal Sağlık Sigorta Programı (National Health Insurance Program - NHIP) altında yürütülmeye çalışılmaktadır. Bu programın yürütülmesi PhilHealth (Filipin Sağlık Sigorta Kuruluşu - Philippine Health Insurance Corporation) adı altında bir devlet kurumu yönetmektedir.

Bu kurumun amacı, ülke çapında herkesin sağlık sigortası kapsamı içine alınması ve sağlık hizmetlerinin daha yüksek kalitede ve daha az sorunlu olarak verilmesini sağlamaktır.

- Ulusal Sağlık Sigorta Programı üç alt program dahilinde yürütülmektedir;
- Bireysel Ödemeli Program
 - Ödemesiz Program
 - Çalışanlar için Program

Bireysel Ödeme Programı: Bu program, Ulusal Sağlık Sigorta Programının en önemli bileşenidir. Denizaşırı sözleşmeli ya da uzun dönemli olarak denizaşırı ülkelerde çalışan vatandaşları bile kapsayacak şekilde Ulusal Sağlık Programının tam kapsam ve eşitliğini sağlamak amacıyla planlanmıştır. Gelişmekte olan girişimciler, bağımsız meslek sahipleri, balık ve tütün satıcısı gibi resmi olmayan tarım sektörü çalışanları ve birçok meslek grubu bu program altında sigortalanmaktadır. Bu programın toplumsallığı ve eşitliği sağlamasının yanı sıra diğer bir önemli özelliği de, ödenen sigorta primleri sayesinde, hükümeti sağlık hizmetlerin finanse etme konusunda rahatlatmasıdır.

Bireysel Ödeme Programı, kendileri için çalışan doktorları, avukatları, küçük girişimcileri, bir işçi işveren ilişkisi içinde olmayan sanatçıları, yönetmenleri, senaryo yazarlarını, haber muhabirlerini, profesyonel atletleri, antrenörleri ve Jokeyleri, çiftçileri ve balıkçıları, resmi olmayan sektörlerde çalışan sokak satıcıları gibi grupları kapsar. Ayrıca denizaşırı çalışan Filipinliler de bu kapsam içindedir. Daha önce çalışanlar için olan programa kayıtlı olup çalıştıkları işten ayrılanlar da, bu programa prim ödemek koşuluyla kayıt olabilirler. Yine Filipinlerde bulunup PhilHealth ile anlaşmaları bulunmayan uluslararası kuruluşlar ve yabancı hükümetler için çalışanlar da kapsam içindedirler. Emekliler, yerliler, çocuklar, 120 aydan daha az çalışıp emekliye ayrılanlar, işsizler de bu programa katılabilirler.

Bireysel Ödeme Programı için katkı payları herkes için aylık 100 pezo'dur. Bu primler üç, altı ya da 12 aylık dönemlerde ödenir.

Ödemesiz Program: Kamu ve özel sektör emeklilerin, Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi içinde sağlık hizmetlerine daha kolay erişebilmeleri için resmi olarak PhilHealth Ödemesiz Programı'na kaydolmaları teşvik edilmektedir. Bu sistemden hemen hemen tüm kamu emeklileri ile özel sektörde çalışıp, 60 yaşım geçmiş ve 120 aylık prim ödemelerini tamamlamış olan kimseler faydalanabilir.

Çalışanlar için Program: Bu programda, özel ve kamu sektörlerinde çalışan herkes PhilHealth'e prim ödemesi için, yapılan kesintilerle katılmaya mecburdur.

PhilHealth'in sağladığı sağlık hizmetleri şunlardır:

- a) Yataklı Tedavi Hizmetleri

- Oda ve konaklama,
- Sağlık personeli hizmetleri,
- Tanı, laboratuvar ve diğer tıbbi tetkik hizmetleri,
- Cerrahi ve tıbbi ekipman ile olanakların kullanımı,
- Belirli kanunlar çerçevesinde reçeteli ilaçlar,
- Yataklı hasta eğitim hizmetleri.

b) Ayakta Tedavi Hizmetleri

- Sağlık personeli hizmetleri,
- Tanı, laboratuvar ve diğer tıbbi tetkik hizmetleri,
- Kişisel koruyucu hizmetler,
- Belirli kanunlar çerçevesinde reçeteli ilaçlar,
- Acil müdahale ve transfer hizmetleri.

Ülke çapında PhilHealth'e bağlı olarak çalışan 1502 sağlık tesisi vardır. Bunların 12'si acil cerrahi klinikleridir. Bu da Sağlık Bölümü (bakanlığı) onaylı hastahanelerin yaklaşık %90'ının PhilHealth ile anlaşmalı olduğu anlamına gelmektedir. Bu hastahanelerin %64'ü özel sektöre aittir. Hastahanelerin 681'i birincil bakım, 579'u ikincil bakım ve 230'u ise üçüncül bakım hizmetleri sunmaktadır.

2002 yılı itibari ile Ulusal Sağlık Sigorta Programı (Philhealth) nüfusun yaklaşık %49'unu kapsamaktadır. Kapsam ve kapsam içindekilerin yararlandıkları olanaklar son yıllarda büyük aşama göstermiş, hükümet 2004 yılı sonunda nüfusun %85'ini kapsam içine almayı hedeflemiştir. Bu hedefe henüz ulaşılamamıştır (14/9-11).

III. FİLİPİNLER VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 5: Filipinler Ve Türkiye'ye Ait Bazı Kriterler

Göstergeler	Filipinler*	Türkiye**
Toplam Nüfus	79.999.000	71.325.000
Kişi Başına GSYİH (ABD Doları)	5.231	6.448
GSYİH'nın %'si Olarak Toplam Sağlık Harcaması	2,9	6,5
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Özel Sağlık Harcaması	61,0	34,2
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması	29,0	65,8
Genel Devlet Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması	4,7	10,3
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Doğrudan/Çepten Harcama	61,0	34,2
Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının Uluslararası Dolar Değeri	153	323
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) (Her İki Cins İçin)	68,0	69,0
Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda)	36	39
Toplam Doğurganlık Hızı	3,1	2,4
60 Yaş Üzeri Nüfusun Yüzdesi	5,9	8,2
Bir Yaşına Kadar Tam Aşılama	Tüberküloza Karşı %	87
	Kızamığa Karşı %	79
Hekim Sayısı (10.000) Kişiye Düşen	12,3	12,1
Temel İlaçlara Ulaşabilen Nüfus (%)	50-79	95-100

Kaynak:*(16) WHO (2005) Collabrating Centers İn Philippines s:1,2

** (15) WHO (2005) Collabrating Centers İn Turkey (2005) s:1,2.

Filipinlerde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ana sorumluluk ve denetim yetkileri Sağlık Bölümündedir (bakanlığı). Sağlık Bölümünün merkez idaresi altında 17 adet Merkez Ofis, 16 Bölge Sağlık Geliştirme Merkezi ve kendisine bağlı 4 daireden oluşmaktadır.

Türkiye'de de sağlık hizmetlerinden başlıca sorumlu kuruluş Sağlık Bakanlığı'dır ve Sağlık Bakanlığı'nın altında her ilde örgütlenmiş olan İl Sağlık Müdürlükleri bulunur.

Filipinlerdeki en önemli sağlık sorunu, doktor sayısındaki azlıktır. Filipinlerde neredeyse 1 doktora 1.000 hasta düşmektedir. Türkiye'de bu sayı 800 civarındadır. Batı ülkeleri ile kıyaslandığında bu rakamlar oldukça yetersizdir.

Filipinlerde sağlık hizmetleri kentsel alanlarda yoğunlaşmış, kırsal alanlarda ise oldukça yetersiz kalmıştır. Ülkenin bazı bölgelerinde hemen hemen hiç sağlık tesisi yoktur.

Türkiye'de de sağlık hizmetleri özellikle büyük kentlerde yoğunlaşmış, kırsal kesimlerde yetersiz kalmıştır. Ülkenin batısından doğusuna gidildikçe kişi başına düşen doktor ve sağlık personeli sayısı düşmektedir. Fakat sağlık hizmetlerinin dağılımı da Filipinlere kıyasla oldukça iyi durumdadır.

Filipinlerde sağlık sigortasının kapsamı nüfusun yarısını içine almaktadır. Türkiye'de ise bu oran üçte ikiden fazladır. Filipinler ve Türkiye geliştirmekte olan ülkeler sınıfındadır. Ancak Filipinler Özel Teşebbüs / Serbest Pazar tipi içinde yer alırken, Türkiye Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemine sahiptir.

Filipinlerde sağlık sisteminin finansmanında özel sektör ağırlıkta olup, Sağlık Bölümünün denetleyici rolü ağırlıktadır, hükümet politikaları da özel sektörü teşvik etmektedir. Türkiye'de ise sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu sektörü ağırlıktadır, Sağlık Bakanlığının denetleyici fonksiyonun yanında işletme fonksiyonu da vardır. Ancak özel sektörün payı her geçen gün artmakta ve teşvik edilmektedir.

Türkiye ve Filipinler koruyucu sağlık hizmetleri yerine daha pahalı bir yöntem olan tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmektedir.

Filipinlerde sağlık sisteminin finansmanı devlet bütçesi, Ulusal Sağlık Sigortası Fonu, kişisel ödemeler ve ek olarak uluslararası yardım kuruluşları tarafından karşılanır.

Türkiye'de sağlık sisteminin finansmanı devlet bütçesi, sosyal güvenlik kuruluşları ve kişisel doğrudan ödemelerle karşılanır. Uluslararası yardımlar finansmanı etkileyecek kadar fazla değildir.

Hem Türkiye'de hem de Filipinlerde geleneksel tıp uygulamalarına rastlanmaktadır. Türkiye'de geleneksel tıp uygulamaları yasak olduğu halde bireysel ve kontrolsüz olarak uygulanmaya çalışılırken, Filipinlerde geleneksel tıp uygulamaları oldukça yaygındır ve yasal düzenlemeler yapılarak standartları belirlenmiştir ve geliştirilmesi içinde çalışmalar devam etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Doğan Kitap (2000) Axis Ansiklopedik Sözlük; Filipinler maddesi, İstanbul
2. Miliyet Gazetesi (1986) Büyük Larousse Sözlük Ve Ansiklopedisi; Filipinler maddesi, C. 8, İstanbul.
3. Allnet (2004) Ülkeler rehberi, Filipinler.
www.geocities.com/allnetweb/Filipinler
4. Ana Yayıncılık (1992) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi; Filipinler maddesi, C.8, A.Ş.İstanbul.
5. DOH (2004) Department of Health, Health Stuation.
www.doh.gov.ph
(Sayfa numarası araştırmacılarca verilmiştir).
6. WHO (2003) Philippine.
www.who.org/contry/philippinehealth
7. DOH (2005) Department of Health Organization.
www.doh.org.ph
8. WHO (2005) World Health Organization Western Pacific Region, Country Situation and Trends.
www.wpro.who.int/country_areas.asp
9. Parado, G., Diwa, B., Estabillo, V., Lorenzo, F. (1999) Public Service Reforms and their Impact on Health Sector Personnel in the Philippines.,
www.ilo.org
10. Fortunato, L., Cristobal, M. D., Kreutz, W. H. (2001) Medical Education for Health Devolopment, Philippines
www.meducational.com/journal/april01.html
11. Department of Health (2002) Department of the Health Offices (Profile)
www.doh.profile.org.ph
12. Macenda, E. (1997) Republic of the Philippines Congress of the Philippines, Republic Act No.8423, Philippines
www.doh.profile.org.ph
13. Mario, C., Thiel, B. (2004) The National Health Accounts Projections: 1999-2004.
14. (2005) Library of Congress-Federal Reserch Division
www.countrystudies.com/philippines
15. WHO (2005) Collabrating Centers in Turkey
www.who.int/contry/turkey

16.WHO (2005) Collabrating Centers in Philippines
www.who.int/contry/philippihes.

17.WHO (2005) The Wold Health Report
www.who.org/HealthReport

A. ERDAL SARGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN