

FİLİPİNLER SAĞLIK SİSTEMİ VE COVID-19 PANDEMİSİ İLE MÜCADELE

Ahmet Alp Aker*

Öz: Yüz milyonu aşan nüfusu ve hızlı büyüyen ekonomisiyle Uzak Doğu'nun yükselen kaplanları arasında yer alan Filipinler'de toplum katmanları arasında sosyoekonomik eşitsizlikler çok derindir. Sağlık sisteminin parçalı yapısı, koruyucu sağlık hizmetlerine herkesin erişememesi ve cepten yapılan harcamaların fazlalığı toplumun sağlık düzeyinin gelişmesini önündeki diğer engellerdir. COVID-19 pandemisi başladığında, mücadeleye hazırlıkta geç kalınmış, test ve filiasyon ekibi sayısının artırılmasında gecikmeler yaşanmıştır. Ülkenin birçok bölgesinde iki aydan uzun süren yaygın toplumsal karantina uygulamaları pandeminin hızını kısmen azaltabilmiştir. Bu dönemde ülkede işsizlerin ve açlık sınırının altında yaşayanlarının sayısında büyük artış görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Filipinler, COVID-19 pandemisi, sağlık sistemi

THE PHILIPPINES HEALTH SYSTEM AND FIGHT AGAINST COVID-19 PANDEMIC

Abstract: There are deep socioeconomic inequalities in the Philippines, which is among the rising tigers of the Far East with its population of over 100 million and its fast growing economy. The fragmented structure of the health system, the inability to access preventive healthcare services by everyone, and the excess of out-of-pocket expenditures are additional obstacles to the improvement of the health level of the society. When the COVID-19 pandemic started, the country was late in preparation for the fight, sufficient filtration teams could not be formed and the number of tests could not be increased fast enough. In many parts of the country, widespread social quarantine practices that lasted more than two months could only partially reduce the rate of the pandemic. During this period, the number of unemployed people and people living below the hunger threshold increased significantly.

Key words: Philippines, COVID-19 pandemics, health system

1. Temel Özellikleriyle Filipinler

Resmi adı Filipinler Cumhuriyeti olan ülke, Güney Çin Denizi ile Filipin Denizi ve Pasifik Okyanusu arasında yer alan bir adalar devletidir. Bölgedeki adalara 1542-1546 yıllarındaki keşif gezisi sırasında ulaşan İspanyollar ülkeye, zamanın İspanya prensinin (sonraki Kral Filip II) adını vermişlerdir. Filipinler İspanya'dan bağımsızlığını 1898'de elde etmiştir (**The Republic of Philippines Government, 2020**). Ülke, kuzeyden güneye doğru uzanan Luzon, Visayas ve Mindanao ada gruplarında yer alan yaklaşık 7641 adadan oluşmaktadır. Bunlardan 2000'e yakınında yerleşim vardır. Yüzölçümü yaklaşık 300.000 km²'dir. Topraklarının çoğunu dağlık alanlar ve dar kıyı şeritlerinin oluşturduğu ülkede tropikal iklim hakimdir. Filipinler yönetsel olarak 17 idari bölge (region), 81 eyalet (province), 145 il (city), 1489 ilçe/belediyeye (municipality) ayrılmıştır. Başkent Manila, Luzon adasında yer almaktadır.

Nüfusu 2017'de 104.7 milyon olan (**WHO, 2018**) ülkede nüfusun çoğunluğu Katolik Hristiyan olup, nüfusun %5.6'sını oluşturan Müslümanların büyük bölümü güneyde yer alan Mindanao bölgesinde yaşamaktadır (**Dayrit ve ark., 2018**). Resmi dili Filipince ve İngilizce olan Filipinlerin para birimi Filipin Pesosudur (**Wikipedia, 2020**).

Filipinler nüfusunun yaklaşık üçte biri 15 yaşın altındadır. Nüfus artış hızı %1.5'e gerilemiştir. Nüfusun %45'i şehirlerde yaşamaktadır. 15 yaş üstündeki yaklaşık 71.6 milyonluk nüfusun 44.6 milyonu 2017'de işgücüne katılmaktaydı ve bunların %40'ı kadındı (**Dayrit ve ark., 2018**). İşsizlik oranı pandemi öncesinde %4.5'ti (**Wikipedia, 2020**).

Filipinler başkanlık sistemiyle yönetilen demokratik anayasal bir cumhuriyettir. Hem devlet hem de hükümet başkanı olarak görev yapan güçlü bir

*Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0003-0697-7528)

Geliş Tarihi / Received : 18.11.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 11.06.2021

başkanı dengeleyen unsurlar olarak iki meclisli yasama sistemi (senato ve temsilciler meclisi) ve bağımsız bir anayasa mahkemesi bulunmaktadır (**WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2010**). Başkan yardımcısı da seçimle belirlenmektedir. 22 bakanlık mevcuttur ve bakanları başkan atamaktadır (**Dayrit ve ark., 2018**).

Bir zamanlar Doğu Asya'nın hasta adamı olarak adlandırılan Filipinler günümüzde ekonomik kaplan olma yolundadır. Günümüzde 350 milyar Amerikan dolarına (nominal) ulaşan gayri safi yurtiçi hasıla, 2016'nın son çeyreğinde %7.1 büyümüştür (**WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2017**). Başlıca ihracat ürünleri yarıiletkenler, elektronik ürünler, petrol ürünleri, hindistancevizi yağıdır (**Wikipedia, 2020**). Ekonominin 2020 yılında %1.9 küçüleceği tahmin edilmektedir (**World Bank, 2020a**).

Son dönemdeki hızlı büyümeye rağmen (2010-2016 döneminde, yılda ortalama %6.2) sosyoekonomik sınıflar ve bölgeler arasında gelir paylaşımı ve sağlık düzeyi açısından büyük farklılıklar vardır. Dünya Bankası verilerine göre 2015'te ülke geliri-nin %31.3'ü en zengin %10'luk kesimine giderken, en yoksul %10'luk kesim ülke gelirlerinden %2.70 ve en yoksul %20 ise %6.6 pay almaktadır. Gelir dağılımındaki eşitsizliğin bir göstergesi olan Gini indeksi 2015 yılında 44.4'tü (**World Bank, 2020b**). Yoksul nüfus hızla azalmakla birlikte yoksullar 2016 istatistiklerine göre nüfusun %21.6'sını oluşturmaktaydı ve yoksul sayısı da 21.9 milyon'du (**Philippines Department of Health Epidemiology Bureau, 2018**). İnsani gelişme indeksine göre ülke 2014 yılında 115. sıradaydı (**WHO, 2018**).

Ülkede 2010 yılında bile, yoksul ailelerin %29'unun güvenli içme suyuna, %24'ünün sağlıklı tualete erişimi yoktu. Yine 2010 Haziran ayında yapılan ulusal çapta bir araştırmaya göre hanelerin %21.2'sinde önceki 3 ayda açlık yaşanmıştı (**WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2010**). Filipinler'de beklenen ortalama yaşam süresi 68 yıl olup 1980 yılına göre 6 yıl uzamıştır (**WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2017**). 5 yaş altı çocuklarda bodurluk prevalansı 2005'te %33.1 iken 2015 yılına gelindiğinde %33.4 olmuştur (**Philippines Department of Health, 2018**).

Sağlık yönünden günümüzde Filipinler üçlü bir yükü karşı karşıyadır: Bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve doğal afetler. (**Bayani ve Tan, 2021**) Afetlerin sık görüldüğü bir ülke olan Filipinler'de COVID-19 pandemisi süresince, biri tarihte kaydedilmiş en şiddetlilerinden olan 22 kasırga meydana gelmiş, kasırga ve ona bağlı seller ve yer kaymalarına bağlı olarak uzun süreli insani krizler yaşanmıştır. (**Rocha ve ark., 2021**) Bulaşıcı olmayan hastalıklar çok sayıda erken ölüme yol açmakta ve ekonomiye her yıl GSYH'nın %4.8'ine karşılık gelen 15 milyar \$ mali yük getirmektedir. İskemik kalp hastalıklarının en başta gelen ölüm nedeni olduğu ülkede kanser, diyabet, kalp hastalıkları ve inme tüm ölümlerin %68'inin nedenidir (**Oxford Business Group, 2020**).

Genel olarak bakınca (Tablo 1) Filipinler'de sağlık göstergelerinde yıllar içinde iyileşme olmakla birlikte, sosyoekonomik sınıflar arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. Yine sosyoekonomik farklılıklar ile anne eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve sağlık hizmetlerine erişim yönünden güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

2. Filipinler Sağlık Sistemi

Filipinler'de sağlık sistemi son derece adem-i merkeziyetçi ve kamu-özel ağırlıklı karma bir yapıya sahiptir.

II. Dünya Savaşındaki Japon işgalinin sona ermesinden sonra, 1947 yılında Filipinler Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Alma Ata Bildirgesi sonrasında ülkede milli politika olarak temel sağlık hizmetleri yaklaşımı benimsenmiş, 1983 yılında çıkarılan bir yasayla, halk sağlığı hizmetleri ve sağlık bakım hizmetleri eyalet düzeyinde entegre edilmiştir. 1986 yılında idari yapıda değişikliğe gidilmiş ve yerel yönetimlere önemli sorumluluklar verilmiştir. Bu doğrultuda, yerel hükümet birimleri sağlık yöneticileri vasıtasıyla yerel sağlık sistemi üzerinde idari ve düzenleyici yetkiye sahip kılınmıştır. Sağlık hakkının 1987 Anayasası ile temel bir insan hakkı olarak kabul edildiği ülkede sağlık hizmetleri kamu ve özel olarak ikili bir yapı göstermektedir. Kamu sağlık hizmeti ulusal ve yerel hükümetler tarafından sunulmaktadır (**Dayrit ve ark., 2018**). Şubat 2019'da çıkan Evrensel Sağlık Hizmeti yasasıyla tüm vatandaşlar sosyal sağlık sigortası (PhilHealth) güvencesi kapsamına alınmıştır. Engelliler ve yaşlılar prim ödemesinden muaf tutulmuşlardır. (**Philippines Department of Health, 2019**).

Tablo 1. Filipinler’de anne ve çocuk sağlığı göstergeleri, 1990-2016

	1980	1990	2000	2010	2013	2014	2015	2016
Yenidoğan ölüm hızı	24.9	19.6	16.8	14.4	13.5	13.2	12.9	12.6
Bebek ölüm hızı	53.4	40.8	30.0	24.9	23.3	22.7	22.1	21.5
<5 yaş ölüm hızı	80.4	58.1	39.7	31.9	29.6	28.8	28.0	27.1
Anne ölüm oranı	-	209	172 (1998)	162 (2006)	221 (2011)	-	52*	-
Kızamık bulaşıklaması (12-23 aylık çocukların %’si)	-	85	78	80	87	79	82	80
Bodurluk prevalansı (0-60 aylık çocuk %’si)	-	44.7 (1989)	35.9 (2001)	32.3 (2008)	30.3	-	33.5	-
Düşük kiloluluk prevalansı (0-60 aylık çocuk %’si)	-	27.3 (1989)	23 (2001)	20.6 (2008)	30.3	-	21.6	-
Kavrukluk prevalansı (0-60 aylık çocuk %’si)	-	6.2 (1989)	6.8 (2001)	6.9 (2008)	7.9	-	7.1	-

*Filipinler İstatistik Kurumu

Kaynak: Dayrit ve ark., 2018

Sağlık Bakanlığı sağlığın geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması, standartlarının belirlenmesi, denetimi ve bunlarla ilişkili idari destekleyici hizmetlerden sorumludur. Ayrıca çok sayıda bölgesel hastane, tıp merkezi, tedavi ve rehabilitasyon merkezi ve üçüncü basamak uzman hastaneler vasıtasıyla da sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık Bakanlığının yanında, Savunma Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Eğitim Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, eyalet kolejleri ve üniversiteleri de kendilerine bağlı topluluklara sağlık hizmeti sunmaktadırlar (Dayrit ve ark., 2018).

1991’de çıkan bir yasayla sağlık, sosyal işler ve tarım hizmetleri desantralize edilmiş ve yerel yönetimlerin sorumluluğuna verilmiştir. Bu değişiklik hizmetlerde fragmentasyona neden olmuştur. Günümüzde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ilçe, il, eyalet ve ülke düzeyinde parçalı bir şekilde verilmektedir (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2017).

Filipinlerde yerel hükümetler, 81 eyalet, 145 il, 1489 ilçe/belediye ve 42.025 barangay’ı (köy) kapsamaktadır. Yerel hükümet birimleri yerel sağlık hizmetlerinin finansmanı ve yürütülmesinde tam otoriteye sahiptir (Dayrit ve ark., 2018). Halk sağlığı hizmetlerinin sorumluluğu ulusal hükümet ile yerel hükümetler arasında paylaşılmıştır (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2017).

Yerel hükümet düzeyinde üç kategori bulunmaktadır: eyalet, il ve ilçe/belediye. Hepsinde de yöneticiler seçimle işbaşına gelmektedir. Belediyeler asıl olarak sağlık merkezlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar.

Eyalet yönetimleri birinci basamak poliklinikleri, ilçe hastanelerini (2. basamak) ve eyalet hastanelerini yönetmekte, ilçe yönetimleri ise kırsal sağlık birimleri aracılığıyla koruyucu sağlık hizmetleri dahil birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır. İller birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar. Bunun yanında, bazı büyük iller, bağımsız şekilde, üçüncü basamak hastaneleri de işletmektedirler. Sağlık Bakanlığı ülkenin birçok bölgesinde üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır (Dayrit ve ark., 2018). Sevk zinciri kullanılmakta, hastalar sıklıkla birinci basamağı atlayarak ikinci ve üçüncü basamağa başvurmaktadır. Sağlık sisteminin parçalı yapısı hizmetlerin sürekli, maliyet etkin ve hakkaniyetli bir şekilde sunulması önünde engel teşkil etmektedir (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2017). Yerel yönetimler tarafından işletilen sağlık kurumlarında mali kısıtlılıklar nedeniyle eleman ve ekipman sıkıntısı çekilmektedir. Bunun sonucunda bölgesel ve ulusal hastanelerde uzun kuyruklar yaşanmakta, birinci basamağın yeterince kullanılmaması hastanelerdeki yükü artırmaktadır (Philippines Department of Health, 2018).

2.1. Sağlık sisteminde özel sektörün payı

Filipinler sağlık sistemi kamu-özel sektör paylaşımlı karma bir sistemdir ve özel sektör pazara hakim durumdadır (**WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2010**). Özel sektör büyük oranda pazar yönelimli olarak hizmet sunmakta ve harcamalar genel olarak, hizmetin alındığı noktada hastalar tarafından cepten yapılmaktadır. 2014 yılında cepten yapılan sağlık harcamalarının payı %53.7 olmuştur (**Dayrit ve ark., 2018**). Kişi başına özel sağlık harcamaları, 2000 yılında, 17 \$'dan 2017'de 87 \$'a çıkmıştır (**Oxford Business Group, 2020**).

Hem kamu hem de özel sektör, her basamaktan sağlık kurumuyla hizmet sunmaktadır. Hangi hizmetin tercih edileceğinde ödeme gücü, kişisel tercihler ve coğrafi yakınlık rol oynamaktadır. Özel sektör nüfusun yaklaşık %30'una hizmet sunmakla birlikte finansal kaynakların ve personelin çok büyük bir kısmına sahiptir. Ülkedeki 1224 hastanenin yaklaşık %65'i özeldir (**Philippines Department of Health, 2018**).

İlaçların çoğu sosyal sigorta tarafından karşılanılmakta, ilaç harcamaları genellikle cepten yapılmaktadır. Büyük şehirlerde ilaç pazarının büyük bir bölümü zincir eczanelerin elindedir. Perakende ilaç pazarına bu devasa şirketlerin hakim olması ilaç fiyatlarının yüksek olmasına neden olmaktadır (**Dayrit ve ark., 2018**).

2.2. Birinci basamak sağlık kurumlarının durumu

Filipinler'de birinci basamak sağlık kuruluşu olarak, 2016 yılında 2587 kent/kır sağlık merkezi ve 20.216 köy sağlık merkezi bulunmaktaydı. Buralarda ortalama olarak bir hekim, iki hemşire ve beş ebe görev yapmaktadır (**Dayrit ve ark., 2018**).

Her bir köy sağlık merkezinin 5000 nüfusa ve her bir kent/kır sağlık merkezinin 20.000 nüfusa hizmet vermesi hedeflenmiş olmakla birlikte birçok yerde bu sayılar aşılmaktadır. Başkent bölgesinde köy sağlık merkezleri yetersizdir, şehirde çok sayıda özel klinik ayaktan tedavi hizmeti vermektedir (**Philippines Department of Health, 2018**). Şehirlerde ayaktan tedavi hizmetleri il yönetimleri, özel sektör ve özel hastanelerin poliklinikleri tarafından verilmektedir. Büyük özel hastanelere, sağlık bakım şirketlerine ve zincir eczanelere ait semt poliklinikleri birçok AVM'de hizmet vermektedir. Bu poliklinikler özel hastaneler için, sevk yoluyla sürekli hasta akışını beslemektedir (**Dayrit ve ark., 2018**).

Son olarak, çeşitli grupların fakir topluluklara yardım amaçlı oluşturduğu tıbbi misyonlar bulunmaktadır. Buralarda hizmet veren doktor ve hemşireler basit muayeneler ve ölçümler yapmakta, ücretsiz ilaç dağıtmaktadır (**Dayrit ve ark., 2018**).

Sağlık alanında ulusal sosyal güvenlik kurumu olan PhilHealth az sayıda ayaktan tedavi hizmetini ödemeye başlamıştır. Bunlar arasında yerel yönetimlere nüfus başına sabit bir miktarda ödeme yapılan tüberküloz DGT tedavisi, bir anne bakım paketi, kuduz, sıtma ve HIV/AIDS tedavileri yer almaktadır. Sunulan hizmetlerin niteliği ve niceliği değişkenlik göstermekte, özellikle kent/kır ayrımı göze çarpmaktadır (**Obermann ve ark., 2018**).

2.3. İkinci basamak sağlık kurumlarının durumu

Filipinler'de 2016 yılında 790'ı özel 1226 hastane mevcuttu. Yine özel sektör toplam yatakların %53'üne sahipti ve bu pay yıllar içinde artmaktadır. Hastanelerdeki ortalama yatak sayısı 83'tür. Hastanelerin %64'ü ortalama 41 yataklı küçük hastaneler, %10'u ise ortalama 318 yataklı eğitim hastaneleridir. Hastanelerin sayısı ve büyüklüğü coğrafi dağılım yönünden değişkenlik göstermekte olup çoğunluğu kentsel bölgelerde ve yaklaşık üçte ikisi başkent bölgesindedir (**Dayrit ve ark., 2018**).

2.4. Sağlık emek gücünün durumu

Sağlık çalışanı sayısına bakıldığında ülke genelinde yeterli sayıda sağlık çalışanı bulunmaktaymış gibi görünse de, daha yakından incelendiğinde çalışan dağılımında büyük eşitsizlikler olduğu, il ve ilçelerin %25'inden azında sağlık çalışanı yoğunluğunun hedeflenen 10.000 nüfus başına toplam 41 sağlık çalışanı (hekim, hemşire ve ebe) sayısının üstüne çıktığı görülmektedir (**Abrigo ve Ortiz, 2019**). Hekim ve hemşire yoğunluğu, şehirlerde kırsal bölgelere göre anlamlı şekilde fazladır (**Dayrit ve ark., 2018**). Son çeyrek yüzyılda sağlık çalışanları artan bir şekilde kazanç imkanlarının daha yüksek olduğu ve eğitim aldıkları yerlerde veya buralara yakın noktalarda yoğunlaşmışlardır (**Abrigo ve Ortiz, 2019**).

Ulusal düzeyde 2017 yılında 90.308 hemşire, 43.044 ebe, 40.775 hekim ve 13.413 tıbbi teknisyen görev yapmaktaydı. Hemşire, ebe ve tıbbi teknisyenlerin çoğu kamu sektöründe çalışmaktadır. Hekimlerin %91'i ve hemşirelerin %74'ü hastanelerde çalışmakta olup hekimlerin sadece %9'u ve hemşirelerin %26'sı birinci basamakta ve diğer hastane dışı sağlık kurumlarında çalışmaktadırlar (**Dayrit ve ark., 2018**).

Filipinler, sağlık çalışanı göçü veren bir ülkedir. Başta hemşireler olmak üzere ülke dışında çalışan sağlık çalışanı sayısı fazladır. Sağlık çalışanı beyin göçü yıldan yıla değişmekle beraber, yılda ortalama 20.000 civarındadır ve çoğu Orta Doğu ülkelere gitmektedirler. Filipinler göçmen hekim sayısı bakımından OECD ülkeleri arasında altıncı (2012'de yaklaşık 17.000) ve hemşire sayısı bakımından ilk sıradadır (2011'de 221.344). Maaşların düşük olması, kötü çalışma koşulları, sağlık bakımında kullanılan teknolojilerin eskiliği ve çalışma imkanlarının sınırlılığı ülke dışına göç nedenleri arasında başta gelmektedir (Dayrit ve ark., 2018). Başta hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarının yurt dışına gitmelerinin altında yatan bir neden de mezun olan öğrenci sayısındaki son yıllarda 10 katına varan artıştır (Abrigo ve Ortiz, 2019).

2.5. Sağlık hizmetleri kullanımı

Kaliteli sağlık hizmetlerinin yetersizliği, bu hizmetlere erişim güçlükleri ve hizmetlerin pahalılığı toplumun çoğunun bu hizmetleri kullanmasının önünde bir engel oluşturmaktadır. Ülkenin takımdalardan oluşması, dağınık yapısı, nüfusun ve ekonomik faaliyetlerin belirli bölgelerde yoğunlaşması sağlık kurumlarının ve çalışanlarının dengesiz dağılımına katkı yapmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezlerin sayısının yetersizliği de buralardan en fazla yararlanan yoksulların sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlamaktadır (Philippines Department of Health, 2018). Sağlık hizmeti kullanım örüntülerini etkileyen faktörler arasında mali engeller, hizmetlere dair olumsuz algılar veya hizmetlerden habersiz olma da yer almaktadır. Özel hastaneler bir tarafa, kamu hastanelerinde de hizmet katılım payları ve ek ödemeler yüksek olduğundan yoksullar genellikle birinci basamağı kullanma eğilimi göstermekte, kamu hastanelerini de yoksul olmayan ama özel hastanelere de gücü yetmeyen yurttaşlar daha çok kullanmaktadır (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2010).

2.6 Sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinin finansmanı

Filipinler'de sağlığa ayrılan pay 2016'da gayri safi yurtiçi hasılanın %4.44'üdür (World Bank, 2016). Sağlık harcamaları 2016 yılında 2012 yılına göre %39 artmıştır (Philippines Department of Health, 2018).

Sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet kalitesi bir sorun olmaya devam etmektedir (Obermann ve ark., 2018). Satın alma paritesine göre kişi başına sağlık harcaması 2017 yılında 132,5 ABD \$'dır. Cepten yapılan sağlık harcamaları bunun %53'ünü oluşturmuştur. Devletin yaptığı harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı, sosyal sağlık sigortasıninkiler dahil, 2017 yılında %31.9 olmuştur (World Bank, 2017).

Devletin ilaç fiyatları ve sağlık hizmeti ücretleri üzerindeki kontrol gücünün sınırlı olması da bireylerin sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Öngörülemeyen ve denetlenmeyen sağlık faturaları yoksulların daha da yoksullaşmasına veya sağlık hizmeti almaktan vazgeçmelerine neden olmaktadır. Katastrofik sağlık harcamaları 2015 yılında %6.3'e ulaşmıştır ve cepten yapılan harcamalar yoksulluğun artışında önemli bir rol oynayarak 1.4 milyon kişinin yoksulluk sınırının altına düşmesine neden olmuştur (Philippines Department of Health, 2018).

Cepten yapılan sağlık harcamaları içinde ilaçların payı büyüktür (yaklaşık yarısı). Bunun nedenleri arasında kamu sağlık kurumlarındaki kronik ilaç temini sıkıntısı, genel sağlık sigortasının (PhilHealth) ayaktan tedavilerde ilaç bedelini karşılamaması, reçetesiz aşırı ilaç kullanımı ve Filipinler'de ilaç fiyatlarının oldum olası yüksek olması yer almaktadır. PhilHealth ayaktan başvuran hastalarda tanı testlerini, ağız-diş tedavilerini ve insülin tedavisini de ödememektedir (Dayrit ve ark., 2018). Ayaktan tedavilerde reçete edilen ve sigorta kapsamında olmayan ilaçlar için yapılan harcamalar ilaç pazarının %89'unu oluşturmaktadır (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2010).

Sağlık hizmetine erişim yönünden bölgeler, kent/kır ve etnik gruplar arası eşitsizlikler vardır. Ülkenin coğrafi yapısından ötürü küçük adalar ve dağınık bölgelere hizmet sunumunda da sıkıntılar vardır (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2017).

Sağlık hizmetlerinin kamusal finansmanında başlıca üç aktör mevcuttur. Sağlık Bakanlığı büyük hastanelerin finansmanını sağlarken, yerel hükümet birimleri birinci ve ikinci basamağı fonlamaktadır. Ulusal genel sağlık sigorta kurumu olan PhilHealth (Philippine Health Insurance Corporation)

ise hem kamu hem de özel sağlık kurumlarından hizmet satın almaktadır. Hizmet karşılığı yapılan ödemeler ile vergilerle karşılanan hizmetler arasındaki ayırımın net olmaması ve üç farklı kaynağın sağlık kurumlarının fonlanmasında rol oynaması sağlık hizmetlerinin finansmanında karmaşıklığa ve verimsizliğe neden olmaktadır (Dayrit ve ark., 2018). Ancak sağlık alanındaki harcamaların çoğu cepten yapılan harcamalardır (2016'da %54.2). Sağlık finansmanında 2016 yılında, ulusal hükümetin payı %12.4, yerel hükümetlerin payı %7.1 ve PhilHealth'in payı %17.4'tü (Philippines Department of Health, 2018).

PhilHealth tüm Filipinlilere sağlık güvencesi sağlamak için kurulmuştur. Çok yoksulların primleri tümüyle devlet tarafından karşılanmaktadır. Hakaniyet bağlamında bakıldığında, yoksullar toplanan PhilHealth kaynaklarından hak ettikleri oranda pay almamaktadırlar (Philippines Department of Health, 2018). 2019 yılında Evrensel Sağlık Hizmeti Yasası çıkıncaya dek yoksulluk sınırındakiler, kayıtsız çalışanlar, serbest meslek sahipleri ve mahkumlardan oluşan 11 milyon kişinin hiçbir sağlık güvencesi bulunmamaktaydı (Obermann ve ark., 2018).

Sosyal sigortanın kapsayıcılığı sınırlıdır, bunlardan yararlanmanın önünde engeller vardır ve özellikle yoksullar bürokratik şartları yerine getirememekte ve katkı paylarını ödeyememektedirler (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2010). PhilHealth hizmetlerin yaklaşık %30 kadarını kapsamakta, kapsadığı hizmetlerin payı her halükarda %50'yi geçmemektedir. Cepten yapılan harcamalar sağlık alanında başlıca finansman şekli olduğundan ve sosyal güvenlik paketleri sınırlı kapsayıcılık sunduğundan yoksulların başvurabilecekleri sağlık sunucusu seçenekleri son derece sınırlıdır. Dahası, yoksulların erişiminin en kolay olduğu ve en çok kullandıkları birinci basamak sağlık kurumlarının çoğunun PhilHealth ile anlaşması olmadığından bu hizmetlerden yararlanma oranı daha da düşmektedir. PhilHealth, asıl olarak yatan hasta tedavilerini, o da sınırlı olarak karşılamaktadır. Sağlık kurumlarının, sağlık personelinin ve uzmanların dağılımındaki eşitsizlikler nedeniyle sağlığa erişimde son derece büyük eşitsizlikler mevcuttur (Dayrit ve ark., 2018). Yeterli finansal koruma olmadığına düşük gelirli reçete edilen ilaçları almama veya bir sağlık kuruluşuna başvurmama eğilimi göstermektedirler.

PhilHealth kronik hastalık tedavilerinin veya acil servis başvurularının hiçbirini kapsamamaktadır (Philippines Department of Health, 2018).

PhilHealth dışında Sağlık Bakanlığı ve yerel hükümetler de çeşitli sağlık hizmetlerini finanse etmektedirler. Bu şekilde, prim karşılığında sunulan hizmetler ile vergi gelirleri ile karşılanan hizmetler arasında belirgin bir sınır olmaması kafa karışıklığına, parçalı bir yapıya ve duplikasyona neden olmaktadır (Dayrit ve ark., 2018). PhilHealth'in toplam sağlık harcamaları içindeki payının küçük olması sunulacak hizmetler üzerindeki yönlendirici etkisinin de az olmasına yol açmaktadır (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2010).

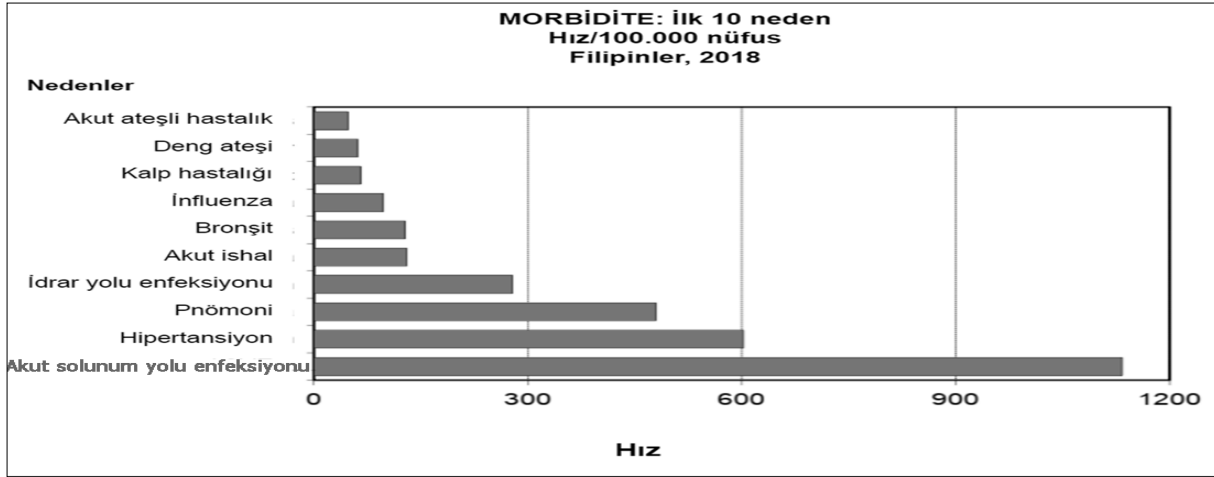
Sağlık için ayrılan kaynakların büyük bir kısmı (%84.8) tedavi hizmetlerine harcanmakta (yatan hasta, ayaktan hasta, ilaç ve tıbbi malzeme), halk sağlığına kaynakların sadece %8.5'i ayrılmaktadır (Philippines Department of Health Epidemiology Bureau, 2018).

Sağlık hizmetleri için finansman kaynağı yaratılmasında 2012 yılında kabul edilen Sin Tax (Günah Vergisi) önemli bir dönüm noktası olmuş, tütün ve alkolden alınan vergi gelirlerinin %85'i bu fona yönlendirilmiştir. İlk bir yılda, bu yolla sağlanan 1.2 milyar dolar ile Sağlık Bakanlığı'nın bütçesi 2016'da iki katına çıkmış ve yaklaşık 14 milyon ailenin PhilHealth'e dahil edilmesi gerçekleştirilmiştir (Obermann ve ark., 2018).

2.7. Ana-çocuk sağlığı

Sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğumlar artarak 2011'de %63'ten 2015'te %86'ya ulaşmıştır. Ancak zenginlerle yoksullar arasında büyük fark gözlenmektedir. En üst beşte birlik dilimde yer alanlar arasında bir sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumlar %91'e ulaşırken en alt beşte birlik dilimde yer alanlarda bu oran %33'de kalmaktadır (Dayrit ve ark., 2018).

Anne ölümleri fazladır. Resmi rakamlara göre 2010 yılında anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 162'ydi (Dayrit ve ark., 2018). Anne ölüm oranı 2016 yılında 100.000 canlı doğumda 114'e düşmüştür. Aynı yıl, bebek ölüm hızı 1000 canlı doğumda 23 (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2017) ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızı 1000 canlı doğumda 27



Şekil 1. Sıklıklarına göre ilk 10 hastalık.

Kaynak: Philippines Department of Health Epidemiology Bureau, 2018.

(OECD ve World Health Organization, 2018) olarak bildirilmiştir. Anne ölüm oranları ve bebek ölüm hızları yıllardan beri değişmemektedir (Dayrit ve ark., 2018).

Kürtaj, annenin hayatını tehdit eden durumlarda veya gebeliğin tecavüz veya ensest sonucu gerçekleşmesi durumunda dahi yasak olduğundan çok sayıda kadın bir sağlık çalışanının yardımı olmaksızın gebeliğini sonlandırmak zorunda kalmaktadır. Bu tür gebelik sonlandırmalarına bağlı komplikasyonlar anne ölümlerinin başlıca nedenidir (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2010).

Aşılama hizmetleri ülke genelinde kamu sağlığı merkezlerinde sunulmakla birlikte, 12-23 aylık çocukların sadece %62'si tam aşılandır ve aşılanma oranları en yoksul %20'lik dilimde %59'a düşerken en zengin %20'lik dilimde %81'e çıkmaktadır. Bölgeler arasında da büyük farklılıklar gözlenmekte, aşılanma oranı Müslüman Mindanao Otonom Bölgesi'nde %29'a düşmektedir (Dayrit ve ark., 2018). Maternal ve yenidoğan tetanozu Mindanao haricinde tüm bölgelerde elimine edilmiştir (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2017). Eylül 2019'da polio salgını çıkmış, salgın sonrasında düzenlenen 13 aşı kampanyasında yedi milyondan fazla çocuğa 20 milyon dozdan fazla polio aşısı uygulanmıştır. COVID-19 pandemisi nedeniyle dört ay ara verilen sokak sokak aşılanma çalışmalarına Temmuz 2020'de tekrar başlanmıştır (WHO, 2020e).

2.8. Bulaşıcı hastalıklar

Filipinler bulaşıcı hastalık yükünün fazla olduğu bir ülkedir. 2018 yılında en sık görülen 10 hastalığın 8'i bulaşıcı hastalıktı (Şekil1) (Philippines Department of Health Epidemiology Bureau, 2018). HIV/AIDS vaka artış hızı dünyada en önde gelen ülkeler arasındadır. Tüberküloz insidansı yeterince hızlı azalmazken Deng humması; sıtma, tüberküloz ve HIV/AIDS toplamından daha fazla morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Kronik hepatit B yaygındır. Hepatit B ve C tedavisi çoğu kamu hastanesinde verilmemektedir (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2017). Tüberküloz yükü çok yüksek olup prevalansı 100.000'de 1159'dur. Tanı konmuş hastaların sadece %41'i tedavi almaktadır (Dayrit ve ark., 2018). Son yıllarda sıtmayla mücadelede önemli başarılar sağlanmış ve ülkenin yarısı sıtmadan arınmış ilan edilmekle birlikte, sıtma hala yaygın görülen önemli hastalıklar arasındadır (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2017). Su ve gıda kaynaklı kolera, salmonella ve şigella salgınlarına sık rastlanmaktadır (WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health, 2010).

2.9. İçme suyu ve sanitasyon

İçme sularının %7'si herhangi bir arıtma işlemine tabi tutulmamaktadır. Hanelerin sadece %25'inde DSÖ'nün güvenli bir şekilde yönetilen içme suyu standardında içme suyu bulunmaktadır (Philippines Department of Health, 2018).

Şehir şebekesinden temin edilebilen su miktarı da sınırlı olup Pasig ve Manila'da kişi başı günde ortalama 12-13 L düzeyindedir. Dış kaynaklardan temin edilen su şebeke suyundan 20-30 kat daha pahalı olduğundan özellikle en yoksullar üzerinde ek bir ekonomik yük oluşturmakta ve suyu yeterli kullanamamaya bağlı hijyen eksikliği sağlığı tehlikeye atmaktadır (OXFAM, 2020).

Hanelerin %92'sinde sanitasyon şartlarını karşılayan tuvalet mevcuttur. Ancak özellikle yoksul ve kırsal bölgelerde kanalizasyon şebekesi yeterli değildir. Hanelerin yalnızca %6'sı güvenli şekilde yönetilen sanitasyon hizmetinden yararlanabilmektedir (Philippines Department of Health, 2018).

3. Filipinler'de COVID-19 Pandemisiyle Mücadele

3.1. COVID-19 pandemisinin başlangıcında Filipinler'de sorunlu alanlar

Pandemiden önce Filipinler ekonomisinin 2020 yılında %6.3 büyüyeceği tahmin ediliyordu. Ancak pandemiyle birlikte büyüme negatife döndü; 2020 yılında ekonominin %3.6 küçüleceği öngörülmektedir. Bu keskin frenlemeyle birlikte ülkede 7.3 milyon kişi kalıcı veya geçici olarak işini kaybetmiştir. Çalışma Bakanlığı tahminlerine göre işini kaybedeceklerin sayısı 2020 yılında 10 milyona ulaşabilecektir. Açlık sınırının altındakilerin sayısı Mayıs 2020'de 4.2 milyona ulaşmıştır. Destek tedbirleri alınmazsa ek 5.5 milyon kişinin daha yoksullar arasına katılacağı tahmin edilmektedir (Asian Peoples' Movement on Debt and Development, 2020).

Filipinler pandemiyle mücadelede özellikle dört nedenden dolayı zaafiyet göstermiştir:

1-Çin ile Filipinler arasındaki coğrafi yakınlık ve yakın sosyal ve ekonomik ilişkiler,

2-Yurt dışında çalışan ve ülkelerine sürekli girip çıkan çalışan Filipinlilerin sayısının fazla olması,

3-Borçların geri ödenmesine öncelik verilmesi ve yetersiz finansmana bağlı olarak halk sağlığı sistemi alt yapısının zayıf olması ve

4-Belirgin sosyal ve ekonomik eşitsizlikler (Asian Peoples' Movement on Debt and Development, 2020).

3.2. Pandemiyle mücadele için alınan önlemler

Ülkede tespit edilen ilk vaka Çin'den gelmiş bir kadındır ve tespit tarihi 30 Ocak 2020'dir. İlk yerli vaka ise bundan bir aydan biraz daha uzun bir süre sonra, 7 Mart'ta saptanmıştır (WHO, 2020).

30 Ocak'ta ilk vakanın tespit edilmesinden sonra, 2 Şubat'ta ülkeye havayoluyla dönüş yapanlara karantina uygulamasına başlandı ama uluslararası havayolu yolculukları devam etti (Vallejo ve Ong, 2020). 2 Şubat'ta COVID-19 nedeniyle Çin dışındaki ilk ölüm Manila'da meydana geldi. Şubat ayı boyunca sadece 3 doğrulanmış vaka tespit edildi. 6 Mart'tan itibaren vaka sayıları hızla artmaya başladı (Lasco, 2020). 7 Mart'ta ilk yerel bulaş vakası saptandığında alarm seviyesi yükseltildi. 8 Mart'ta Başkan Rodrigo Duterte COVID-19 tehlikesine karşı ulusal acil durum ilan etti. 12 Mart'ta toplum kaynaklı bulaşın başladığı anlaşıldığında toplumsal önlemler yürürlüğe konmaya başlandı. Herkesin evde kalmasını sağlamak amacıyla 13 Mart'ta, başlangıçta başkent bölgesi ile sınırlı olan ama 17 Mart'tan itibaren tüm Luzon adasını kapsayan güçlendirilmiş toplumsal karantina (ECQ=enhanced community quarantine) ilan edildi ve buna bağlı olarak temel hizmetlerin sürdürülmesi amacı dışındaki toplu kara, deniz ve havayolu taşımacılığı, taksiler dahil, durduruldu. Evden çalışılması, haberleşme ve iş amaçlı görüşmelerin online yapılması tavsiyelerinde bulunuldu (Vallejo ve Ong, 2020). 12 Nisan'da sona ermesi planlanan bu karantina uygulaması tekrar tekrar uzatılarak en az 15 Mayıs'a dek sürdü. Bu süre zarfında akşam 8 sabah 5 arası saatlerde sokağa çıkma yasağı ilan edildi (Parrocha ve Dela Cruz, 2020). Manila'daki karantina ve sokağa çıkma yasakları Çin'in Wuhan şehrindekinden daha uzun sürmüştür. Karantina kapsamındaki yasaklar arasında okul ve işyerlerinin kapanması, toplu kutlama ve gösterilerin ertelenmesi, kamusal ulaşımın kesilmesi, evde kalma zorunlulukları, kamuyu bilgilendirme kampanyaları, ülke içi seyahat kısıtlamaları ve uluslararası seyahatlere kontrol getirilmesi vardı. Ağustos başında ülke hâlâ toplumsal hareketliliğin sınırlandırılması bakımından bölgesindeki en önde gelen ülke konumundaydı (Pitlo III, 2020). Bu sokağa çıkma yasakları süresince kendi araçları olmayan ve görevlerine devam etmek zorunda olan sağlık çalışanlarının ulaşmaları hep sorun oldu (Baticulon, 2020). Toplumsal karantina önlemleri çerçevesinde uygulanan ulaşım ve bölgeler arası geçiş kısıtlamaları halkın sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırdı. Mevcut sağlık personelinin pandemiyle mücadelede görevlendirilmesi nedeniyle oluşan insan gücü açığı rutin temel sağlık hizmetlerinin sunumunu bile olumsuz etkiledi. Uzman hekim bakımına ihtiyaç duyan hastalar, başta da yüksek riskli gebeler, inme ve miyokard enfarktüsü hastalar toplumsal karantinadan en fazla etkilendiler (Bayani ve Tan, 2021).

İlk imparte vakanın tespit edilmesinden itibaren ilk yerli vakanın görülmesine kadar bir aydan fazla zaman geçmesine rağmen pandemiye yönelik hazırlık yeterince yapılamadı, test kapasitesi çok sınırlı kaldı. 10 Mart tarihinde yani ilk vakanın tespitinden bir aydan fazla zaman geçtikten sonra Sağlık Bakanlığı'nın elinde sadece 2000 test kiti vardı (**Batino ve Jiao, 2020**). Özellikle vakaların bulunmasına yönelik temaslı takipleri ve filiasyon çalışmaları yetersizdi. Singapur ve Güney Kore örnek alınarak vaka artışının önüne çok sayıda test ve temaslı takibi stratejisiyle geçilmeye çalışıldı. Ancak sağlığa ayrılan kaynaklar sınırlı olduğundan, yeterli sayıda COVID-19 test kiti temin edilemedi, kitlesel tarama için gerekli ekipman, laboratuvar imkânları ve emek gücünü temin etmede sorunlar yaşandı. Test kapasitesi yavaş yavaş artarak 16 Haziran 2020'de 100.000 kişi başına 10'a çıktı (Güney Kore'de 27/100.000) (**Lau ve ark., 2020**). Temaslı takibi için Ağustos sonunda yaklaşık 85.000 kişi görevliken DSÖ'nün her 800 kişiye bir temaslı takipçisi görevlendirilmesi tavsiyesi doğrultusunda gereken 135.000 sayısına ulaşmak için 50.000 kişinin daha işe alınması planlanmıştır (**WHO, 2020**). Bölgeler arasında ekonomik gelişmişlik açısından büyük farklılıklar olduğundan, başkent bölgesi dışındaki bölgelerde hedeflenen test kapasitesine erişilmesi zor görünmektedir. Yine salgına yönelik tedbirleri alması beklenen yerel yönetimler, kaynak yetersizlikleri nedeniyle, test kapasitesini artırabilmek için diğer sağlık hizmetlerinden fedakârlık yapmak zorunda kalmışlardır (**Lau ve ark., 2020**).

9 Nisan 2020'den itibaren Sağlık Bakanlığı test yapılmasını şüpheli vakalarla sınırlandırmıştır. Test yaptırmanın önündeki mali engelleri kaldırmak için COVID-19 testleri ücretsiz hale getirilmiş, ayrıca kurumsal izolasyon ve hastane masraflarının çoğu da karşılanmıştır. Stadyumlar, oteller ve okullar hafif vakaların kurumsal izolasyonu için kullanılmıştır (**Haw ve ark., 2020**). Evde karantina sırasında pozitif vakalara maruziyet nedeniyle enfekte olanların sayısında artış görüldüğünden, Quezon şehrinde evde karantinaya karşı caydırıcı tedbirler alınmıştır. Öte yandan Sağlık Bakanlığı, asemptomatik veya hafif vakalar için evde izolasyona, kullanabilecekleri ayrı bir tuvalet olması, risk altındaki gruplardan bir kişi bulunmaması durumunda karşı çıkmamaktadır (**WHO, 2020a**).

Filipinler'de İngiltere, Kanada, Yeni Zelanda örneklerinde olduğu gibi acil durumlar için bilimsel bir danışma grubu (SAGE=Science Advisory Group for Emergencies) bulunmamaktadır. ABD'deki Ulusal Bilim Akademisi model alınarak kurulan Ulusal Bilim ve Teknoloji Akademisi (NAST) Filipinler'de Başkan'ın resmi bilimsel danışmanı olarak hizmet vermektedir (**Vallejo ve Ong, 2020**).

Sağlık Bakanlığı da "Yeni Ortaya Çıkan Bulaşıcı Hastalıkların Yönetimi İçin Ajanslararası Görev Gücü" oluşturmuştur. Hükümete COVID-19'a yönelik bilimsel danışmanlığı, bu görev gücünün, devlet kurumlarından ve üniversitelerden üyelerin de dahil olduğu teknik çalışma grupları yapmaktadır. Sağlık Bakanı bahis konusu Görev Gücünün başkanı olarak emniyet ve savunma güçlerini karantina ve diğer tedbirlerin yasal olarak tatbiki için göreve çağırabilmektedir (**Vallejo ve Ong, 2020**).

3.3. Filipinlerde COVID-19 pandemisiyle mücadele süreci

Dünyada uygulanan en katı ve en uzun süreli sokağa çıkma yasağı kısıtlamalarına rağmen Filipinler'de vaka sayısı artışı devam etmiştir (**Biana ve Joaquin, 2020**). DSÖ verilerine göre 10 Kasım itibarıyla Filipinler'de kümülatif COVID-19 vaka sayısı 399.749 ve ölüm sayısı 7661'e ulaşmıştır. Aynı tarihteki verilere göre, son bir haftada bildirilen toplam vaka sayısı 12.599, ölü sayısı ise 343 olarak kaydedilmiştir. Vakaların çoğu 20-50 yaş grubunda (ortanca 35 yaş) görülürken ölümlerin çoğu 50 yaş üstü grupta (ortanca 64 yaş) görülmüştür (**WHO, 2020b**). Oysa 30 Haziran 2020 tarihinde kümülatif vaka sayısı 37.514, kümülatif ölüm sayısı 1266 iken bir haftada bildirilen toplam vaka sayısı 5756 ve ölü sayısı ise 78 idi (**WHO, 2020c**). Vakaların artışında ülkenin çoğu yerinde okulların (3 Temmuz) ve işyerlerinin (15 Mayıs) açılması, kalabalık toplantılara, bazı sınırlamalarla birlikte, izin verilmesi (3 Temmuz), sokağa çıkma yasakları (15 Mayıs), ülke içi ve dışına seyahat kısıtlamalarının (1 Haziran) kaldırılması rol oynamıştır (**WHO, 2020b**). Yerel yönetim birimlerinin önleme, temaslı takibi ve tedavi standartlarına uyumda yaşadıkları güçlükler de salgınla mücadeleyi zorlaştırmaktadır (**WHO, 2020d**).

Filipinler'de COVID-19 vaka sayısı DSÖ verilerine göre 13 Mayıs 2021 itibarıyla 1.118.359 ve ölüm sayısı ise 18.714'e ulaşmıştır. Günlük vaka sayıları Mart başında artmaya başlamış, 3 Nisan'da 15.000 ile

zirve yapmıştır (ölümler 10 Nisan'da günlük 401 ölüm ile zirve yaptı). 13 Mayıs tarihinde günlük vaka sayısı 4812 ve ölüm sayısı 94'tü (WHO, 2021b). Öte yandan, makalenin yazıldığı tarihte DSÖ'nün Filipinler ile ilgili erişilebilen son durum raporuna göre (10.5.2021 tarihli) toplam vakaların %43.2'si ve ölümlerin %36.1'i Başkent bölgesindedir. Ölenlerin %59.1'i erkek, %28.1'i 65-74 yaş, %13.5'i 60-64 yaş ve %12.7'si >80 yaş grubundandı (WHO, 2021a).

10 Mayıs tarihli DSÖ raporuna göre son 14 gündeki test sayısı 734.356, vaka sayısı 102.398 ve ölüm sayısı 1709'dur. Kümülatif test pozitifliği %10.2'dir. Vaka fatalite hızı ise %1.7 olarak kaydedilmiştir (WHO, 2021a).

DSÖ Batı Pasifik Bölgesi Direktörüne göre Filipinler'deki vaka sayılarındaki artış kırmızı alarm seviyesine doğru hızla yükselmiş olup sağlık sisteminin kapasitesinin yetersiz kalması an meselesi haline gelmiştir. Bu artışın birden fazla nedeni vardır: Yeni ve daha bulaşıcı virüs suşlarının ortaya çıkması, güvenlik önlemlerinin uygulanmasında gevşek davranılması ve halkın koruyucu önlemlere uymaması, nüfus hareketliliğinin artması (Xinhuanet, 2021). Uluslararası Af Örgütü'ne göre Filipinler'de, sağlık kurumlarının kapasitesi artan başvuruları karşılamada yetersiz kalmış, özellikle yoksullar ve toplumun marjinal kesimleri hastanelerde yer olmadığından kendi hallerine bırakılmışlardır (Amnesty International, 2021).

Sağlık Bakanlığı COVID-19'u, salgının başlangıcında bildirim zorunlu hastalıklar listesine dahil etmiştir. Ancak COVID-19 sürveyansı sağlık hizmetlerinin çoğunluğunda olduğu gibi yerel yönetimler, iller, kentler ve belediyeler arasında bölünmüştür. Bölge, eyalet ve şehir/belediye düzeylerinde, yani her idari düzeyde epidemiyoloji ve sürveyans birimleri mevcuttur. Filipinler'de sağlık bakım sistemindeki eksiklikler, görevli personel sayısındaki eksiklikler, internet bağlantısındaki sorunlar nedeniyle sürveyansta belirgin gecikmeler olmaktadır (Haw ve ark., 2020; Philippines Department of Health, 2018).

Sağlık Bakanlığı salgın sürecinde kamu hastanelerinin COVID-19 hastaları için yatak kapasitelerinin %30'unu ayırmalarını, ama %50, hatta aşırı bir artış durumunda %70 yatak kapasitelerini ayırmak için hazırlık yapmalarını istemiştir. Özel hastanelerden ise yatak kapasitelerinin %20'lerini COVID-19 hastaları için ayırmaları istenmiştir. Temmuz ayında yatak doluluk oranları bunun üstüne çıkmıştır

(Tomacruz, 2020). 10 Kasım 2020 itibarıyla yatak doluluk oranları, COVID-19 için ayrılan yataklar için ülke düzeyinde %40'lar düzeyindedir (WHO, 2020b). Yoğun bakım yatakları doluluk oranı 10 Mayıs itibarıyla %60.42'dir (WHO, 2021a). Pandemi süresinde diğer hastalıklara yönelik başvurular da ve tedavilerde azalma olmuştur. PhilHealth verilerine göre, pandemi döneminde, COVID-19 dışı nedenlerle hastanelerde konulan tanı temelinde sigortadan talep sayısı, yükü fazla olan 12 hastalık için (inme, kanser, gastroenterit, pnömoni, kronik böbrek hastalığı, hipertansiyon, KOAH, deng humması, astım, diyabet, iskemik kalp hastalığı ve tüberküloz), önceki dönemin yaklaşık üçte birine inmiştir (Ulep, Paterno, Casas ve Walker, 2021).

Filipinler'de sağlık personelinin salgından etkilenme düzeyi Batı Pasifik bölge ortalaması olan %2-3'ün çok üstünde olup salgının ilk aylarında her dört doğrulanmış vakanın biri sağlık personeliydi. Sağlık personelinin toplam vakaların büyük bir bölümünü oluşturmasında enfeksiyon kontrol önlemlerine uyum sorunları yanında kişisel koruyucu ekipman temininde yaşanan güçlükler de rol oynamıştır (Haw ve ark., 2020). Ağustos ayı başında COVID-19 pozitif sağlık personeli sayısı 5008 ve ölen sayısı da 38 olarak bildirilmiştir (Tomacruz, 2020). 10 Mayıs 2021 itibarıyla sağlık çalışanlarında kümülatif vaka sayısı 17.886 olmuştur (WHO, 2021a). Sağlık personelinin uzun çalışma süreleri, yaşadıkları stres, uykusuzluk, öfke ve korkunun da olumsuz etkileri olmuştur. Ek olarak, sağlık çalışanları, yeterince saygı görmekten ve gelirlerinin düşüklüğünden yakınmaktadır (Biana ve Joaquin, 2020).

Filipinler hükümeti, Mayıs 2021 itibarıyla, yeterli sayıda COVID-19 aşısı tedarik etmede başarısız olmuştur. Yüz milyonun üstünde nüfusu olan ülkede, 10 Mayıs 2021 tarihli DSÖ Filipinler durum raporuna göre, 1 Mayıs'a dek 15.000 doz Gamaleya aşısı, 7 Mayıs'a dek 1.5 milyon doz Sinovac aşısı, ve COVAX girişimi aracılığıyla 8 Mayıs'a dek 2.03 milyon doz AstraZeneca aşısı ve 10 Mayıs'a dek 193.050 doz Pfizer-Biontech aşısı dağıtılabilmektedir (WHO, 2021a).

Aynı raporda, birinci doz aşı uygulananların sayısı yaklaşık iki milyon olarak verilmektedir. Sağlık çalışanlarından birinci doz aşı uygulananların sayısı 1.195.381 (birinci öncelikli grubun %76.9'u) iken ikinci doz aşı uygulananların sayısı 355.242 idi (birinci öncelikli grubun %22.9'u) (WHO, 2021a). Öte yandan, Mart 2021'de Filipinler Sağlık Bakanlığı, 2021 sonuna kadar 148 milyon doz aşıya erişileceği iddiasını dile getirmiştir (Tomacruz, 2021).

Sonuç

Son yıllarda hızlı ekonomik büyüme yakalayan Filipinler sağlık hizmetleri için ayrılan kaynaklarda önemli artış sağlamıştır. Ancak toplumda mevcut olan sosyoekonomik eşitsizlikler, bölgeler arası gelişmişlik farkları, sağlıkta özel sektörün başat rol oynaması, temel sağlık hizmetlerinin toplumun tamamına ulaştırılamaması ve cepten yapılmak zorunda olunan sağlık harcamalarının büyüklüğü gibi nedenlerle toplumun sağlık düzeyinde ekonomik gelişmeye paralel bir iyileşme görülmemiştir. Sağlık hizmetleri yönetimi ve sunumunun yerel ve merkezi otoriteler arasında bölüşülmesi de karmaşaya ve kaynakların verimsiz kullanımına yol açmaktadır. Bu arka plan üzerine eklenen COVID-19 pandemisi ve pandemiyle mücadeledeki eksiklikler, Filipinler'de işsizlik ve yoksulluğun daha da artmasına yol açtığı gibi, koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmeti sunumundaki sorunların ağırlaşmasına neden olmuştur. Uygulanan uzun süreli kapanma tedbirlerine rağmen salgını kontrol altına almada başarı sağlanamamış, bu tedbirlerin tedricen kaldırılmasıyla birlikte de vaka sayıları hızla artmaya başlamıştır.

COVID-19 pandemisinin Filipin toplumu üzerindeki etkilerinin hafifletilmesinde epidemiyolojik veriler ışığında önleyici halk sağlığı önlemlerinin uygulanmasının yanında, aşılamanın hızlandırılması, yoksullar başta olmak üzere kırılgan grupların ekonomik ve sosyal olarak daha çok desteklenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişimin sağlanması ve sosyal eşitsizliklerin azaltılmasının yarar sağlayacağı söylenebilir.

Kaynaklar

Abrigo, M. R. M. ve Ortiz, D. A. P. (2019). *Who Are the Health Workers and Where Are They? Revealed Preferences in Location Decision among Health Care Professionals in the Philippines*. *Philippine Institute for Development Studies*, 33. <https://pidswebs.pids.gov.ph/CDN/PUBLICATIONS/pidsdps1932.pdf> adresinden erişildi.

Amnesty International. (2021, 26 Nisan). *Health and human rights crisis in the Philippines, one year into pandemic*. 9 Haziran 2021 tarihinde <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/04/philippines-faces-health-human-rights-crisis-covid/> adresinden erişildi.

Asian Peoples' Movement on Debt and Development. (2020, 8 Ekim). *The Philippines, Covid-19 and debt: Left alone to deal with the pandemic*. *Eurodad*. 19 Ekim 2020 tarihinde https://www.eurodad.org/the_philippines_covid_19_and_debt_left_alone_to_deal_with_the_pandemic adresinden erişildi.

Baticulon, R. (2020, 20 Mayıs). *Opinion: The Philippine health care system was never ready for a pandemic*. *CNN Philippines*. 19 Ekim 2020 tarihinde <https://cnnphilippines.com/life/cul->

[ture/2020/3/20/healthcare-pandemic-opinion.html](https://www.cnnphilippines.com/life/culture/2020/3/20/healthcare-pandemic-opinion.html) adresinden erişildi.

Batino, C. ve Jiao, C. (2020, 10 Mart). *The Philippines Has Just 2,000 Virus Testing Kits and Cases Are Rising*. *Bloomberg.com*. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-10/philippines-has-just-2-000-virus-testing-kits-as-cases-rise> adresinden erişildi.

Bayani, D. B. S. ve Tan, S. G. (2021). *Health Systems Impact of COVID-19 in the Philippines*. *Center for Global Development Working Paper*, (569). <https://reliefweb.int/report/philippines/health-systems-impact-covid-19-philippines> adresinden erişildi.

Biana, H. T. ve Joaquin, J. J. B. (2020). *COVID-19: The need to heed distress calls of healthcare workers*. *Journal of Public Health*. doi:10.1093/pubmed/fdaa145

Dayrit, M. M., Lagrada, L. P., Picazo, O. F., Pons, M. C. ve Villaverde, M. C. (2018). *The Philippines health system review*. *Health Systems in Transition* (C. 1-2, C. 8). *WHO Regional Office for South-East Asia*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274579> adresinden erişildi.

Haw, N. J. L., Uy, J., Sy, K. T. L. ve Abrigo, M. R. M. (2020). *Epidemiological profile and transmission dynamics of COVID-19 in the Philippines*. *Epidemiology & Infection*, 148. doi:10.1017/S0950268820002137

Lasco, G. (2020). *Medical populism and the COVID-19 pandemic*. *Global Public Health*, 0(0), 1-13. doi:10.1080/17441692.2020.1807581

Lau, L. L., Hung, N. ve Wilson, K. (2020). *COVID-19 response strategies: Considering inequalities between and within countries*. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 137. doi:10.1186/s12939-020-01254-9

Obermann, K., Jowett, M. ve Kwon, S. (2018). *The role of national health insurance for achieving UHC in the Philippines: A mixed methods analysis*. *Global Health Action*, 11(1), 1483638. doi:10.1080/16549716.2018.1483638

OECD ve World Health Organization. (2018). *Health at a Glance: Asia/Pacific 2018: Measuring Progress towards Universal Health Coverage*. *Health at a Glance: Asia/Pacific*. OECD. doi:10.1787/health_glance_ap-2018-en

OXFAM. (2020, 1 Nisan). *COVID-19 and the Poverty Pandemic*. 19 Ekim 2020 tarihinde <https://philippines.oxfam.org/latest/blogs/covid-19-and-poverty-pandemic> adresinden erişildi.

Oxford Business Group. (2020, 14 Aralık). *A look at the Philippine health sector during and after Covid-19*. *Oxford Business Group*. 10 Haziran 2021 tarihinde <https://oxfordbusinessgroup.com/overview/expanded-coverage-pandemic-response-and-ongoing-challenges-necessitate-collaborative-approach-across> adresinden erişildi.

Parrocha, A. ve Dela Cruz, R. C. (t.y.). *Mass transport suspended under enhanced community quarantine*. 14 Ekim 2020 tarihinde <https://www.pna.gov.ph/articles/1096849> adresinden erişildi.

Philippines Department of Health. (2018). *National objectives for health Philippines 2017-2022*. <https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/publications/NOH-2017-2022-030619-1.pdf> adresinden erişildi.

Philippines Department of Health Epidemiology Bureau. (2018). *The 2018 Philippines Health Statistics* (s. 224). <https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/publications/2018%20Philippine%20Health%20Statistics.pdf> adresinden erişildi.

Philippines Department of Health. (2019, Şubat). *Universal Health Care Update | Philippines Department of Health website*. 10 Haziran 2021 tarihinde <https://doh.gov.ph/node/16788> adresinden erişildi.

Pitlo III, L. B. (2020, 12 Ağustos). *Philippines' Covid-19 response still falling short*. *Asia Times*. 25 Eylül 2020 tarihinde <https://asiatimes.com/2020/08/philippines-covid-19-response-still-falling-short/> adresinden erişildi.

Rocha, I. C. N., Dos Santos Costa, A. C., Islam, Z., Jain, S., Goyal, S., Mohanan, P., ... Ahmad, S. (2021). *Typhoons during COVID-19 Pandemic in the Philippines: Impact of Dou-*

ble Crises on Mental Health. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1-13. doi:10.1017/dmp.2021.140

The Republic of Philippines Government. (2020, Kasım). About the Philippines. GOV:PH. 9 Kasım 2020 tarihinde <https://www.gov.ph/about-the-philippines> adresinden erişildi.

Tomacruz. (2020, 3 Ağustos). PH health workers infected with coronavirus reach 5,008. *Rappler*. 18 Kasım 2020 tarihinde <https://www.rappler.com/nation/health-workers-coronavirus-cases-philippines-august-3-2020> adresinden erişildi.

Tomacruz, S. (2020, 2 Ağustos). Doctors warn Duterte: PH "nearing end of the line" in coronavirus battle. *Rappler*. 19 Ekim 2020 tarihinde <https://www.rappler.com/newsbreak/in-depth/doctors-warn-duterte-ph-nearing-end-of-the-line-coronavirus-battle> adresinden erişildi.

Ulep, V. G., Paterno, A., Casas, L. ve Walker, D. (2021, 4 Mart). The Hidden Health Cost of the COVID-19 Pandemic in the Philippines. *Center For Global Development*. 9 Haziran 2021 tarihinde <https://www.cgdev.org/blog/hidden-health-cost-covid-19-pandemic-philippines> adresinden erişildi.

Vallejo, B. M. ve Ong, R. A. C. (2020). Policy responses and government science advice for the COVID 19 pandemic in the Philippines: January to April 2020. *Progress in Disaster Science*, 7, 100115. doi:10.1016/j.pdisas.2020.100115

WHO. (2018, Mayıs). Country Cooperation Strategy at a Glance-Philippines. 4 Eylül 2020 tarihinde https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136828/ccsbrief_ph_en.pdf?sequence=1 adresinden erişildi.

WHO. (2020a). Philippines COVID-19 Situation Report #50, 25 August 2020. <https://reliefweb.int/report/philippines/philippines-coronavirus-disease-covid-19-situation-report-50-25-august-2020> adresinden erişildi.

WHO. (2020b). Coronavirus (COVID-19) in the Philippines Situation Reports 61 (No: 61). <https://www.who.int/philippines/emergencies/covid-19-response-in-the-philippines/situation-reports> adresinden erişildi.

WHO. (2020c). COVID-19 in the Philippines Situation Report 42 (No: 42). <https://www.who.int/philippines/internal-publications-detail/covid-19-in-the-philippines-situation-report-42> adresinden erişildi.

WHO. (2020d). COVID-19 in the Philippines Situation Report 60 (No: 60). <https://www.who.int/philippines/internal-publications-detail/covid-19-in-the-philippines-situation-report-60> adresinden erişildi.

WHO. (2020e, 14 Eylül). A salute to all Philippine health workers in the fight against polio. 15 Eylül 2020 tarihinde <https://www.who.int/philippines/news/feature-stories/detail/a-salute-to-all-philippine-health-workers-in-the-fight-against-polio> adresinden erişildi.

WHO. (2020, 7 Ekim). COVID-19 in the Philippines. 17 Eylül 2020 tarihinde <https://www.who.int/philippines/emergencies/covid-19-in-the-philippines> adresinden erişildi.

WHO. (2021a, Mayıs). Philippines Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report #76, 10 May 2021—Philippines. *ReliefWeb*. 16 Mayıs 2021 tarihinde <https://reliefweb.int/report/philippines/philippines-coronavirus-disease-covid-19-situation-report-76-10-may-2021> adresinden erişildi.

WHO. (2021b, 14 Mayıs). Philippines: WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data. 14 Mayıs 2021 tarihinde <https://covid19.who.int> adresinden erişildi.

WHO. Philippines COVID-19 Situation Report #50, 25 August 2020. (t.y.). https://www.who.int/docs/default-source/wpro---documents/countries/philippines/emergencies/covid-19/who-phl-sitrep-50-covid-19-25august2020.pdf?sfvrsn=6adf076c_2&download=true adresinden erişildi.

WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health. (2010). WHO Country Cooperation Strategy For The Philippines 2011-2016. WHO Regional Office for the Western Pacific. <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/7891> adresinden erişildi.

WHO Regional Office for the Western Pacific ve Philippines Department of Health. (2017). WHO Country Cooperation Strategy 2017-2022: Philippines (Technical Report). World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/13584> adresinden erişildi.

Wikipedia. (2020, 5 Kasım). Philippines. *Wikipedia*. <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Philippines&oldid=987176174> adresinden erişildi.

World Bank. (2016). Current health expenditure (% of GDP)—Philippines | Data. 16 Eylül 2020 tarihinde <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?contextual=aggregate&end=2017&locations=PH&start=2000&view=chart> adresinden erişildi.

World Bank. (2017). Philippines | Data. World Bank. 24 Eylül 2020 tarihinde <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=PH> adresinden erişildi.

World Bank. (2020a, Kasım). Philippines | Data-Economic Forecast. 17 Kasım 2020 tarihinde <https://data.worldbank.org/country/PH> adresinden erişildi.

World Bank. (2020b, Kasım). Gini index (World Bank estimate)—Philippines | Data. 17 Kasım 2020 tarihinde <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?end=2015&locations=PH&start=2000&view=chart> adresinden erişildi.

Xinhuanet. (2021, 7 Nisan). WHO expresses concern about surging COVID-19 cases in Philippines—Xinhua | English.news.cn. 16 Mayıs 2021 tarihinde http://www.xinhuanet.com/english/2021-04/07/c_139864379.htm adresinden erişildi.