

20

FİLİPİNLER
BANGSAMORO
MÜSLÜMAN MİNDANAO
ÖZERK BÖLGESİ
(BARM)

Sağlık

Durumu

Raporu



KIZILAY AKADEMİ BAŞKANLIĞI

TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



ARAŞTIRMA EKİBİ

Prof. Dr. Hasan Hüseyn Eker

Prof. Dr. Mustafa Öztürk

Merve Ay Clavijoolarte

Esra Çiçek

Őeyda Güner

Rukiye Kalender

Norhuda Bansil

Bu rapordaki ifadeler veya görüşler yazarların görüşlerini yansıtır, editörlerin, Türkiye Kızılay Derneğinin resmî görüşlerini yansıtmaz; editörler ve Türkiye Kızılay Derneği bu tür yayınlar için herhangi bir sorumluluk veya yükümlülük kabul etmemektedir. Rapor kaynak gösterilmesi kaydıyla rapor metninden alıntı yapılabilir.

TAKDİM

Farklı coğrafyaların, kültürlerin kesişim noktasında konumlanan, önemli kriz ve fırsat bölgelerine yakın, göç alan ve veren bir ülke olması yönüyle uluslararası göçün her türlüsüne muhatap olan, farklı türlerde afetlere maruz kalan Türkiye, ulusal ve uluslararası ölçekte önemli insani yardım çalışmalarına ev sahipliği yapmaktadır. Kamu kurumları, ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşları ve uluslararası örgütler tarafından yürütülen bu faaliyetler ülkemizi dünyanın önde gelen insani yardım ülkelerinden biri olmasını sağlamıştır.

İnsani yardım kuruluşlarının görevleri ve faaliyet alanları son yıllarda ciddi anlamda çeşitlenmiş ve bu durum onları uluslararası ilişkiler, kalkınma politikaları gibi konuların ve akademik araştırmaların önemli aktörleri hâline getirmiştir. Bu nedenle insani yardım kurumları gerek saha tecrübelerini aktarmak gerekse savunuculuk çalışmalarına katkı sağlamak üzere akademik çevrelerle iş birliklerini geliştirmektedir.

Bu tespitten hareketle biz de Türk Kızılay olarak afet, halk sağlığı ve insani yardım alanlarında bilgi üretmek ve ürettiği bilgiyi insanlığın hizmetine sunmak amacıyla Kızılay Akademi'yi kurmuş bulunmaktayız. Kızılay Akademi olarak Kızılay'ın saha tecrübesi ve birikimini ilgili alandaki akademik uzmanlarla birleştirerek Saha Araştırma Raporları yayımlıyoruz.

Bu serinin bir parçası olan elinizdeki rapor Türkiye Kızılay Derneği Halk Sağlığı ve Psikososyal Hizmetler Direktörlüğü ve Sağlık Bilimleri Üniversitesinin ortak çalışma grubunun iş birliğiyle hazırlanmıştır. Rapor, uzun süren çatışma ve insani krizlerden sonra kurulan Bangsamoro Müslüman Mindanao Özerk Bölgesi'nde (BARMM) sağlık durumunu ortaya koymayı, öncelikli ihtiyaçları belirlemeyi ve var olan sorunların çözümüne öneriler sunarak katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Çalışmanın insani yardım alanında gönüllü ve profesyonel çalışan, bu konuda araştırma yürüten herkese faydalı olmasını dileriz.

YÖNETİCİ ÖZETİ

Filipinler'in güneyinde Ocak 2019'da yapılan referandumla kurulan Bangsamoro Müslüman Mindanao Özerk Bölgesi'nde [Bangsamoro Autonomous Region in Muslim Mindanao (BARMM)] sağlık göstergeleri ülke ortalamasına göre çok geridedir. Bu rapor BARMM'de sağlık durumunu ortaya koymayı, öncelikli ihtiyaçları belirlemeyi ve var olan sorunların çözümüne öneriler sunarak katkı sağlamayı hedeflemektedir. Literatür taraması, derinlikli mülakatlar ve saha incelemesi sonucunda ulaşılan durum tespiti, belirlenen ihtiyaçlar ve çözüm önerileri şunlardır:

1. Sağlık sisteminin örgütlenmesinin yerleştirilmesi: BARMM'de sağlık alanındaki bütün faaliyetlerde BARMM Sağlık Bakanlığının tek otorite kabul edilerek ilgili tüm yasal düzenlemelerin, kontrollerin, denetim ve yönetim faaliyetlerinin BARMM Sağlık Bakanlığınca yerine getirilmesi.
2. Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatının tam olarak oluşmaması ve teşkilatta nitelikli personel yetersizliği: BARMM Sağlık Bakanlığının teşkilatlanmasının tamamlanarak hizmet içi eğitimlerle kurumsal kapasitenin artırılması, sağlık hizmetlerinin bölgenin coğrafi yapısı göz önünde bulundurularak Sağlık Bakanlığı çatısı altında toplanması.
3. BARMM'de birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin sayısının yetersiz olması: Öncelikle çalışır durumdaki birinci basamak tesislerinin sayısının artırılmasıyla tedavi edici ikinci ve üçüncü basamak hizmet veren sağlık tesislerin yoğunluğunun azaltılmasına katkı sağlanması.
4. Sağlıkta tüm basamaklarında ekipman ve ilaç eksikliği: Eksik ekipmanların önem sırasına göre Sağlık Bakanlığınca temini, bunun için gerekli yapıların oluşturulması.
5. Sağlıkta her alanında insan kaynağı yetersizliği: Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları başta olmak üzere sağlık personeli yetiştirecek kısa vadede kısa dönemli eğitimler gibi insan kaynağı alanındaki açığın kapatılmasına katkı sağlayacak eğitim kurumlarının sayısının artırılması.
6. BARMM'de tüm aşılama oranlarının düşük olması: BARMM Sağlık Bakanlığı tarafından bağışıklama için lojistik çalışmaların yapılması ve insan kaynakları sağlanması; eğitim yoluyla aşı reddinin azaltılması.
7. BARMM'de anne ve bebek ölüm hızının yüksek olması: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, doğum hizmeti veren sağlık tesislerinin kapasitesinin ve bu tesislere erişimin artırılması, kısa vadede sağlık personelinin evde doğum için mobilizasyonun sağlanması.
8. BARMM halkının sağlık okuryazarlığının düşük olması: Kanaat önderlerinin katılımıyla halkın sağlık okuryazarlığı artırılarak başta anne ve çocuk sağlığı olmak üzere bulaşıcı hastalıklardan korunma, bağışıklama ve hijyen teşviki programları yürütülmesi.
9. BARMM'de Filipinler'in diğer bölgelerine oranla daha fazla malnütrisyon ve beslenmeye bağlı sağlık sorunları görülmesi: Sağlık okuryazarlığının ve beslenme programlarına erişimin artırılması.
10. Su, sanitasyon ve hijyen sorunu: İyileştirilmiş su ve yeterli sanitasyon için gerekli altyapının kurulması, kanaat önderlerinin desteği alınarak halkın bilinçlendirilmesi.
11. Sağlıkta veri eksikliği: Verilerin toplanması, raporlanması ve analizinin sistematik hâle getirilmesi ve kapasitenin artırılması.

EXECUTIVE SUMMARY

Bangsamoro Autonomous Region in Muslim Mindanao (BARMM), a region created in the south of the Philippines following a referendum in January 2019, is far lagging behind the rest of the country in terms of health indicators. This report aims to present the health status of BARMM, identify the priority needs, and help solve existing problems by providing suggestions. The needs identified by literature review, in-depth interviews, and field observations and suggestions to meet them are as follows:

1. Localization of the health system organization: Establishment of BARMM Ministry of Health as the single authority for health related issues and implementation of all legal regulations, controls, inspections and management activities by the MoH.
2. Lack of an established structure and staff at the Central Organization of the Ministry of Health: Finalizing organizational structure of the BARMM Ministry of Health and institutional capacity building through in-service trainings; unification of health care services under the MoH by taking the geographical differences into consideration.
3. Inadequate number of primary, secondary, and tertiary health care facilities in BARMM: Increasing the number of functional primary health care facilities may reduce the burden on the secondary and tertiary health care facilities.
4. Shortage of medical equipment and medicine in all levels of health care: Prioritization and supply of the unavailable equipment by the MoH through establishment of the required structures.
5. Shortage of human resources for health in all areas: Increasing the number of educational institutions providing health education with priority given to the primary health care providers. Short courses may contribute to the efforts in closing the gap in human resources in the short term.
6. Low immunization coverage in BARMM: Carrying out activities for vaccination logistics and provision of human resources; reducing vaccine hesitancy through education.
7. High maternal and infant mortality rate in BARMM: Expanding primary level health care services, increasing the capacity of health facilities providing delivery services and access to these facilities, mobilization of health care workers providing to conduct home-based deliveries in the short term.
8. Low health literacy in BARMM: Improving the health literacy of the people, implementation of programs on prevention of communicable diseases, immunization, and hygiene promotion with priority given to maternal and child health.
9. Higher malnutrition rates and nutritional health problems in BARMM compared to the rest of the Philippines: Improving health literacy, increased access to nutrition programmes.
10. Problems in water, sanitation, and hygiene: Building infrastructure for improved water and adequate sanitation, raising public awareness with the support of community leaders.
11. Lack of reliable data: Systematic collection, reporting, and analysis of data and improving capacity.

İÇİNDEKİLER

1.	GİRİŞ	10
2.	METODOLOJİ	11
3.	BULGULAR	12
3.1.	Genel Durum	12
3.1.1	Filipinler'in İdari Yapısı	12
3.1.2	Bangsamoro Tarihi	13
3.1.3	Nüfus ve Eğitim	15
3.2.	Sağlık Altyapısı ve Temel Sağlık Göstergeleri	16
3.2.1	Su ve Çevre Sağlığı	16
3.2.2	Sağlık Göstergeleri	18
3.2.3	Mortalite ve Morbidite Verileri	27
3.3.	Sağlık Sisteminin Politikası ve Organizasyonu	32
3.3.1	Sağlık Sistemine Genel Bakış	32
3.3.2	Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Finansmanı	33
3.3.3	BARMM'de Sağlık Hizmeti Altyapısı	35
3.3.4	Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı	36
3.3.5	Temel Sağlık Hizmetleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Örgütlenme Şekli	40
3.3.6	İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Örgütlenmesinin Özellikleri ve Hastanelerin Durumu	43
4.	SONUÇ	45
4.1.	Tespit Edilen Sağlık Sorunları	45
4.2.	Çözüm Önerileri	46

KISALTMALAR

ARMM: Müslüman Mindanao Özerk Bölgesi

BARMM: Bangsamoro Müslüman Mindanao Özerk Bölgesi

BHS: Barangay Sağlık İstasyonu

BM: Birleşmiş Milletler

RHU: Kırsal Sağlık Birimleri

DALY: Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılı

DOH: Sağlık Departmanı

LGU: Yerel Hükümet Birimleri

MILF: Moro İslami Kurtuluş Cephesi

MNLF: Moro Ulusal Kurtuluş Cephesi

UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Ocak 2019'da yapılan referandum, Filipinler'in güneyinde Bangsamoro Müslüman Mindanao Özerk Bölgesi'nin [Bangsamoro Autonomous Region in Muslim Mindanao (BARMM)] kurulmasıyla sonuçlanmıştır. Bangsamoro Geçiş Kurulu, 2022'ye kadar ülkeyi yönetecektir. Uzun yıllar çatışma bölgesi olan BARMM'de sağlık göstergeleri ülke ortalamasına göre çok geridedir. Sağlık geliştirilmesinin önünde; fiziksel altyapı, yönetim, sağlık alanındaki insan kaynakları ve sağlık eğitimi hususunda pek çok yetersizlikler mevcuttur. Bu rapor; BARMM'de sağlık durumunu ortaya koymayı, öncelikli ihtiyaçları belirlemeyi ve var olan sorunların çözümüne öneriler sunarak katkı sağlamayı hedeflemektedir.

2. METODOLOJİ

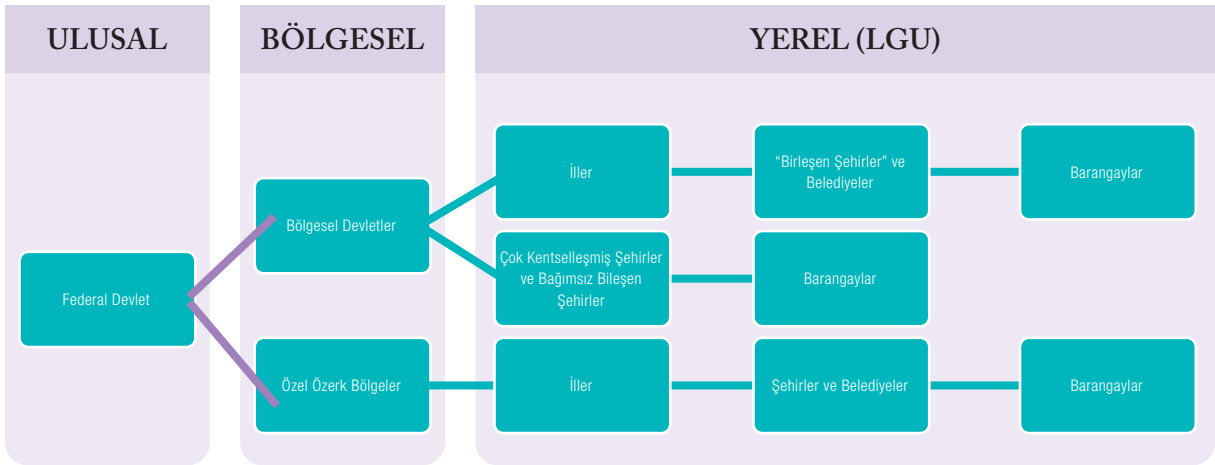
Bu raporun hazırlanmasında literatür taraması, odak grup görüşmeleri ve derinlemesine mülakat yöntemleri kullanılmıştır. Literatür taraması; Filipinler Sağlık Bakanlığı, BARMM Sağlık Bakanlığı, Filipinler İstatistik Kurumu verileri ile BM ve Dünya Bankası gibi uluslararası kurumların verileri ve raporlarını kapsamaktadır. Derinlemesine mülakatlar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından uzman bir ekip tarafından 31 Temmuz-9 Ağustos 2019 tarihleri arasında Filipinler'in başkenti Manila'da Dünya Sağlık Örgütü [World Health Organization (WHO)], Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu [The United Nations Children's Fund (UNICEF)] ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu [United Nations Population Fund (UNFPA)] temsilcileriyle; BARMM'de de Sağlık Bakanı, UNICEF ve Bangsamoro Kalkınma Ajansı temsilcileriyle toplam 6 mülakat gerçekleştirilmiştir. Ayrıca bu süre içinde sağlık yöneticileri, hastane yöneticileri ve sağlık çalışanlarıyla gerek odak grup görüşmeleri gerekse birebir derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiş; görüşmelerde alınan notlar ile katılımcıların paylaştığı sunum, bilgi notu ve diğer materyallerdeki bilgiler de bu çalışmaya veri sağlamıştır. Araştırma ekibinin sağlık tesisleri ve saha gezilerinde yaptıkları gözlemler de rapora dâhil edilmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Genel Durum

3.1.1 Filipinler'in İdari Yapısı

7.641 adadan meydana gelen Filipinler; Luzon Adası, Visayas Adaları ve Mindanao ile Sulu takımadaları olmak üzere üç büyük coğrafi bölgeden oluşmaktadır. Yönetim biçimi cumhuriyettir.¹ Filipinler'de 17 bölge (region), 81 il (province), 145 şehir (city) bulunmaktadır. Ülke toplam 1.489 belediye, Barangay adı verilen 42.045 belde ve köy idari yönetimine sahiptir.² İdari yapılanma aşağıdaki şemada gösterilmiştir (Şekil 1).³



Şekil 1. Filipinler'in İdari Yapısı

1 Güney Filipinler'de Barış İhtimali ve Karşılaşılan Engeller. Londra: Demokratik Gelişim Enstitüsü, 2013. Erişim Tarihi: Ağustos 15, 2019. <http://www.democraticprogress.org/wp-content/uploads/2012/12/PhilippinesPaper-Turkish.pdf>

2 Department of the Interior and Local Government. "Regional and Provincial Summary - Number of Provinces, Cities, Municipalities and Barangays as of 30 June 2019". Erişim Tarihi: Ağustos 22, 2019. [figures/Regional-and-Provincial-Summary-Number-of-Provinces-Cities-Municipalities-and-Barangays/32](https://www.dilg.gov.ph/figures/Regional-and-Provincial-Summary-Number-of-Provinces-Cities-Municipalities-and-Barangays/32)

3 Republic of the Philippines League of Provinces. "LPP G.A RESOLUTION NO. 2018-015". Erişim Tarihi: Ağustos 22, 2019. <http://lpp.gov.ph/?p=579>

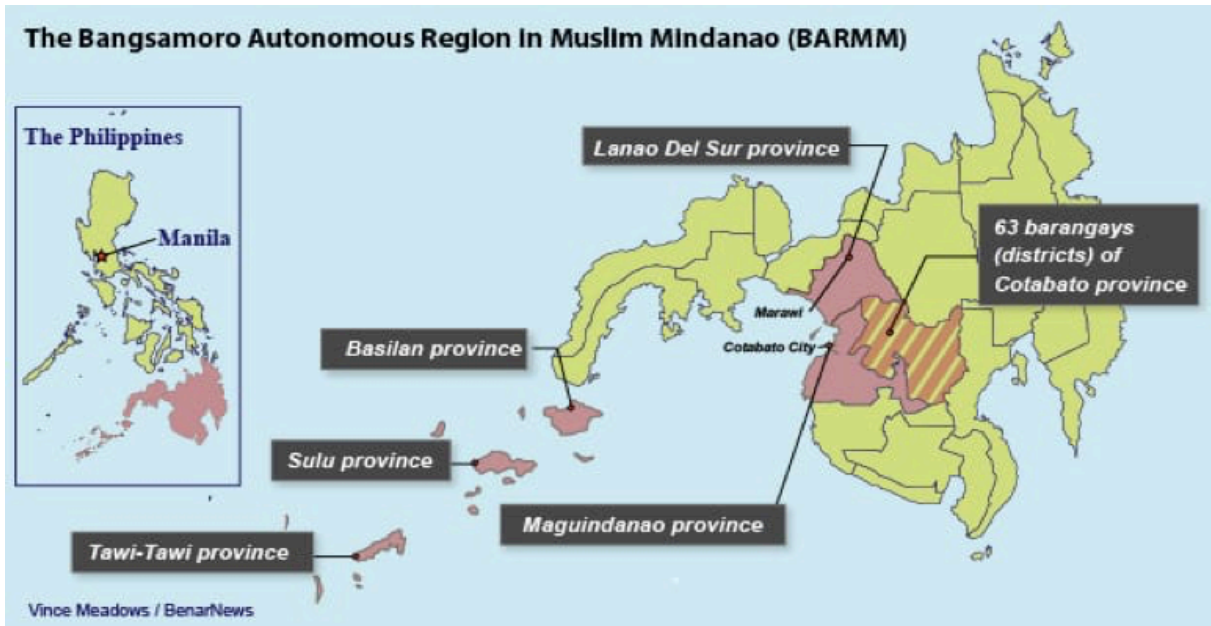
3.1.2 Bangsamoro Tarihi

Filipinler nüfusunun çoğunluğunu Hristiyanlar oluştururken Müslümanlar (%5) ve yerli kültürel topluluklar olan Lumadların azınlık durumunda olduğu bir ülkedir. Ülke kuzeyden güneye Luzon, Visayas ve Mindanao takımadalarından oluşmaktadır. Moro halkının yaşadığı Mindanao Adası yer altı kaynakları, tarım ve doğal kaynaklar açısından zengindir.

Bölge halkı XIII. yüzyılda Mindanao'ya gelen Müslüman tüccarlar sayesinde Müslüman olmuş, XV. yüzyılda Sulu Sultanlığı çatısı altında toplanmıştır. XVI. Yüzyılda Filipinler'e ulaşan İspanyol sömürgesine karşı direnerek varlıklarını sürdürmüşlerdir. "Moro" ifadesi İspanyol kolonisi döneminde Müslümanları tanımlamak için kullanılmıştır. Birleştirici bir unsur ve 1970'lerde başlayan direnişin sembolü bir kimlik olmuştur.⁴

1946'da Filipinler Cumhuriyeti bağımsızlığını ilan ettikten sonra Hristiyan yöneticiler tarafından Moro halkına karşı ayrımcı politikalar uygulanması Müslüman ve Hristiyan halk arasındaki uçurumu derinleştirmiştir. 1968 yılında yaşanan Cabide Katliamı'ndan sonra Moro halkı Filipin yönetimine karşı silahlı mücadele başlatmaya karar vermiştir.⁵

Malezya'nın Sabah bölgesine yapılması planlanan askerî operasyona katılmayı reddeden Müslüman askerler Filipin hükûmeti tarafından öldürülmüştür. Bu olay öncelikle uzun ömürlü olmayan Müslüman Bağımsızlık Hareketinin ardından da Ulusal Cephe'nin kurulmasına ve silahlı mücadelenin başlamasına neden olmuştur. Filipinler Üniversitesi akademisyenlerinden Nur Misuari tarafından bağımsız bir devlet olma hedefiyle 1969 yılında Moro Ulusal Kurtuluş Cephesi [Moro National Liberation Front (MNLF)] kurulmuş ve kendini "Moro" kimliğine ait hisseden herkes bu kimlik altında birleşmeye davet edilmiştir. Mindanao'nun yaşam standartlarını ve sosyoekonomik durumunu düzeltmek ve gerekli reformları gerçekleştirmek öncelikli hedefler olarak belirlenmiştir.



Şekil 2. BARMM Haritası⁵

4 Tanrıverdi, Görkem. "Filipinler Barış Sürecinin Tarihsel Gelişimi: 1976-2016", Güvenlik Bilimleri Dergisi, Kasım 2017, 6 (2), 53-80

5 <https://www.benarnews.org/english/news/in-focus/philippines-militant/>. Erişim Tarihi:27.09.2020

Müslüman bir entelektüel olan Selamet Haşimi önderliğinde 1981 yılında Moro İslami Kurtuluş Cephesi [Moro Islamic Liberation Front (MILF)] adıyla yeni bir silahlı örgüt kurulmuştur. MILF 1960'lı yıllarda Cabide Katliamı'ndan sonra kurulan MNLF'nin politikalarını eleştiren, mücadelenin daha sert sürdürülmesi gerektiğini savunan ve İslami yaşam için daha radikal kararlar alınması gerektiğini düşünenlerin kurduğu bir örgüttür.⁶

Uzun yıllar süren çatışmalar sonrasında 1997 yılında Filipin hükûmeti ve MILF arasında ateşkes görüşmeleri başlamıştır. 2012 yılında barış müzakerelerinin başlamasıyla taraflar arasında ateşkes ilan edilmiştir. Malezya'nın arabuluculuğuyla MNKF, Mindanao'da bağımsız bir devlet kurma hedefinden vazgeçmiş ve 2016 yılına kadar Mindanao'da Bangsamoro adıyla yeni bir özerk bölge kurulmasıyla ilgili mutabakata varılmıştır.

Barış görüşmeleri 2016'da yapılan devlet başkanlığı seçimini Rodrigo Duterte'nin kazanmasıyla ivme kazanmıştır. MNKF, 2017'de hükûmetle vardıkları barış anlaşması kapsamında hazırladıkları yeni Bangsamoro Temel Yasa Tasarısı'nı Devlet Başkanı Duterte'ye sunmuştur. Kongre, Mayıs 2018'de Müslüman nüfusun yoğun yaşadığı Mindanao eyaleti ve çevresindeki adalara özerklik tanınmasını öngören yasayı onaylamıştır.

Yasanın içeriğine göre Müslüman nüfusun yoğun yaşadığı Mindanao eyaleti çevresindeki adalara sadece kapsamlı bir özerklik tanınmayacak ayrıca çoğunluğu MNKF'den oluşacak 80 kişilik bir meclis, başbakanını da kendi içinden seçebilecektir. Kapsamlı özerklik anlaşması Ocak ve Şubat 2019'da yapılan referandumla kabul edilmiştir.⁷

Eskiden Müslüman Mindanao Özerk Bölgesi [The Autonomous Region in Muslim Mindanao (ARMM)] olarak adlandırılan bölge, 5 il (Maguindanao, Lanao del Sur, Basilan, Sulu ve Tawi-Tawi), 2 şehir (Marawi ve Lamitan), 116 belediye ve 2.490 barangaydan meydana gelmekte idi.² Tablo 1 belediyelerin illere göre dağılımını vermektedir. Referandum sonucunda ARMM'ye Cotabato şehri ve Kuzey Cotabato'dan 63 barangay daha eklenerek Bangsamoro Müslüman Mindanao Özerk Bölgesi'ni (BARMM) oluşturmuştur.⁸ Bu raporda ARMM ve BARMM kısaltmaları kullanılırken kaynak dokümanlara sadık kalınmış; araştırma ekibi gözlemlerinde referandum öncesi dönem için ARMM, referandum sonrası dönem için BARMM kısaltmasını tercih etmiştir.

Tablo 1. BARMM'de Belediyelerin İllere Göre Dağılımı⁸

	İl					
	Lanao del Sur	Maguindanao	Basilan	Sulu	Tawi Tawi	BARMM toplam
Belediye sayısı (2018)	39	36	11	19	11	116
Şehir sayısı (2018)	1	0	1	0	0	2

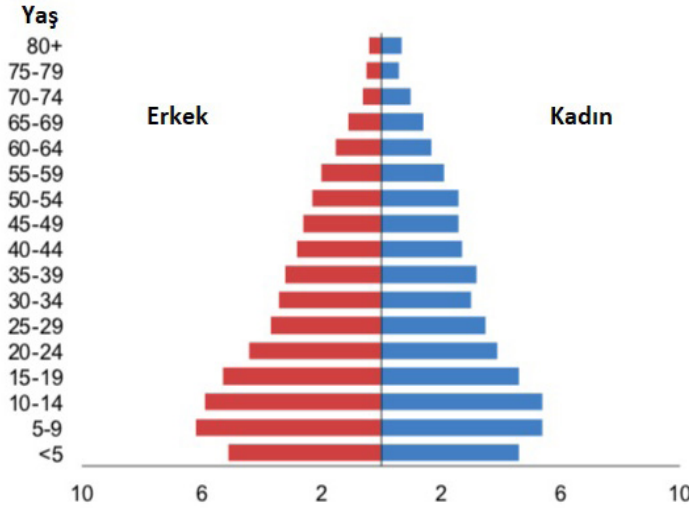
6 Atasoy, Emin. "Siyasi Coğrafya ve Etnocoğrafya Perspektifinden Filipinler'deki Müslüman Topluluklar", Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi, 2018, Cilt 7 Sayı 2.

7 <https://www.yenisafak.com/dunya/moro-muslimanlarinin-tarihi-zaferi-ozerklik-referandumu-sonuclandi-3446695> Erişim Tarihi: 03.07.2019

8 Preparing for the Transition: Supply-Side Readiness of Primary Health Care in the Bangsamoro Autonomous Region in Muslim Mindanao (BARMM). Washington: The World Bank, 2019. Erişim Tarihi: Ağustos 25, 2019. <http://documents.worldbank.org/curated/en/111061560785917573/pdf/Towards-a-More-Equitable-and-Better-Prepared-Public-Primary-Health-Care-System.pdf>.

3.1.3 Nüfus ve Eğitim

2018 itibarıyla Filipinler'in nüfusu tahmini 105.893.381'dir. Aşağıda 2017 Ulusal Demografik ve Sağlık Anketi'nden alınan Filipinler nüfus piramidi yer almaktadır. ⁹



Şekil 3. Filipinler Nüfus Piramidi

2019 yılında Filipinler genelinde kentsel nüfus oranı %44,4 iken bu oran 2010 yılında BARMM'de %12,5'tir. 2019 itibarıyla işsiz nüfus oranı %5,24'tür.¹⁰ ARMM nüfusu 2015 yılında 3.781.387'dir.¹¹ Nüfusun illere göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. BARMM Nüfus Dağılımı⁸

İl	Lanao del Sur	Maguindanao	Basilan	Sulu	Tawi Tawi	BARMM
Nüfus (2015)	1.045.429	1.173.933	346.579	824.731	390.715	3.781.387

2015 itibarıyla Filipinler'de okuryazarlık oranı % 96,3'tür.¹⁰ Eğitim seviyesini gösteren diğer bir gösterge olan medyan okullaşma yılı 2017 yılında ülke genelinde erkeklerde 8,1; kadınlarda 9,1 yıl iken bu sayılar BARMM'de sırasıyla 4,2 ve 5,4 yıllla ülkedeki en düşük seviyeye sahiptir. BARMM'de kadınların % 15'i, erkeklerin % 13'ü hiç eğitim almamıştır.⁹ 2015'te ülke çapındaki okullaşma oranı; ilkokulda % 91,05, ortaokulda % 68,15 olup BARMM'de bu oranlar sırasıyla % 75,6 ve % 29,6'ya düşmektedir. ¹²

⁹ Philippines National Demographic and Health Survey 2017. Maryland, USA:PSA ve ICF, 2018. Erişim Tarihi: Ağustos 1, 2019. https://psa.gov.ph/sites/default/files/PHILIPPINE%20NATIONAL%20DEMOGRAPHIC%20AND%20HEALTH%20SURVEY%202017_new.pdf.

¹⁰ CIA. "The World Factbook". Erişim Tarihi: Ağustos 1, 2019. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tp.html>.

¹¹ Republic of the Philippines|Philippines Statistics Authority. "Population of the Autonomous Region in Muslim Mindanao (Based on the 2015 Census of Population)". Erişim Tarihi: Ağustos 1, 2019. <https://psa.gov.ph/content/population-autonomous-region-muslim-mindanao-based-2015-census-population>.

¹² Situation Analysis of Children in the Philippines. Londra: National Economic and Development Authority (NEDA) ve UNICEF Philippines, 2018. Erişim Tarihi: Temmuz 20, 2019. <https://www.unicef.org/philippines/media/556/file/Situation%20Analysis%20of%20Children%20in%20the%20Philippines.pdf>

3.2. Sağlık Altyapısı ve Temel Sağlık Göstergeleri

3.2.1 Su ve Çevre Sağlığı

Ulusal Demografi ve Sağlık Anketi verilerine göre 2017 itibarıyla Filipinler’de nüfusun %95’inin iyileştirilmiş suya erişimi vardır, ARMM’de ise iyileştirilmiş suya erişen hane oranı %71’dir.⁹ Sağlık Bakanlığının 1. Bangsamoro Sağlık Zirvesi’nde sunduğu verilere göre ise 2016 yılında % 71,7 olan güvenli suya erişim oranı 2017 yılında % 52,71’e düşmüş, ardından 2018 yılında % 55,95’e ulaşmıştır.¹³ İki veri arasındaki farklılık tanım kaynaklı olabilir; Ulusal Demografi ve Sağlık Anketi tarafından şebeke suyu, ortak çeşme, korunan kuyu ve pınarlar ile yağmur suyunu “iyileştirilmiş su” olarak tanımlarken Sağlık Bakanlığının verilerinde “güvenli su” tanımı yer almamaktadır. Zirvede paylaşılan verilere göre 2016-2018 yılları arasında illerde güvenli suya erişim dağılımı Tablo 3’te verilmiştir. Yıllar içinde ani değişimler dikkat çekmekte ve verilerin güvenilirliğiyle ilgili soru işaretleri oluşmaktadır ancak bu verilere farklı bir kaynaktan ulaşılamadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 3. ARMM/BARMM’de Güvenli Suya Erişim¹³

İl/Şehir	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)
Basilan	79,54	77,64	31,68
Lanao del Sur	70,06	25,10	55,03
Maguindanao	36,41	47,91	51,81
Sulu	78,04	74,77	70,51
Tawi Tawi	160,91	78,04	70,54
Lamitan Şehri	88,11	85,86	97,18
Marawi Şehri	79,44	11,47	15,47
ARMM / BARMM	71,7	52,71	55,95

BARMM’de Sağlık Bakanlığınca göre 2018’de sıhhi tuvalete erişimi olan hane oranı %33,84’tür.¹³ Ulusal Demografi ve Sağlık Anketi de bu oranı 2017 için %35 olarak vermektedir, ankete göre nüfusun %22’sinin herhangi bir tuvalete erişimi yoktur. Bu oran %76 olan ülke ortalamasından hayli geridedir. ⁹ Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2016, 2017 ve 2018’de iller arası sıhhi tuvalete erişim dağılımı Tablo 4’te verilmiştir. Verilerde Ulusal Demografi ve Sağlık Anketi ile tutarsızlık ve yıllar içinde ani değişimler dikkat çekmekte ve verilerin güvenilirliğiyle ilgili soru işaretleri oluşmaktadır ancak 2017 yılı dışında bu verilere farklı bir kaynaktan ulaşılamadığından karşılaştırma yapılamamıştır. Sağlık Bakanlığının hedefi 2022’ye kadar %95 erişim oranına ulaşmaktır.

13 Health Situation in BARMM, Ministry of Health, 1st Bangsamoro Health Summit

Tablo 4. ARMM/BARMM'de Sıbbi Tuvalete Erişimi Olan Hane Oranı ¹³

İl/Şehir	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)
Basilan	48,60	40,66	6,14
Lanao del Sur	42,41	11,71	34,27
Maguindanao	27,41	46,00	57,26
Sulu	14,58	12,48	14,05
Tawi Tawi	28,84	26,92	22,44
Lamitan Şehri	69,10	68,83	72,59
Marawi Şehri	80,93	17,18	14,86
ARMM / BARMM	33,31	26,97	33,84

ARMM/BARMM'de yeterli katı atık bertarafı yapan hane oranı 2018'de %24,49'dur. BARMM Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2016-2018 yılları arasında illere göre dağılım Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. ARMM/BARMM'de Yeterli Katı Atık Bertarafı Yapan Hane Oranı ¹³

İl/Şehir	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)
Basilan	24,65	5,47	4,20
Lanao del Sur	57,27	11,01	26,41
Maguindanao	32,31	36,91	46,17
Sulu	0	0,58	0,37
Tawi Tawi	93,27	13,58	16,63
Lamitan Şehri	30,61	37,08	37,08
Marawi Şehri	14,22	9,14	21,00
ARMM / BARMM	35,97	17,60	24,49

ARMM/BARMM'de temel sıhhi tesise sahip olan hane sayısı 2018'de %19,56'dır.¹³ Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2016-2018 yılları arasında illere göre dağılım Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. ARMM/BARMM'de Temel Sıhhi Tesislere Sahip Olan Hane Oranı¹³

İl/Şehir	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)
Basilan	26,01	7,05	3,41
Lanao del Sur	40,85	5,11	11,68
Maguindanao	28,56	33,00	41,69
Sulu	0	0,58	0,20
Tawi Tawi	84,72	10,94	10,70
Lamitan Şehri	35,66	34,56	39,45
Marawi Şehri	33,8	27,89	27,89
ARMM / BARMM	34,54	16,06	19,56

Filipinler'de açıkta dışkılama oranı %5,74 iken BARMM'de bu oran %39,4'e çıkmaktadır.¹² UNICEF, Sağlık Bakanlığı, belediyeler ve iki STK (Action Against Hunger ve A Single Drop for Safe Water) iş birliğiyle açıkta dışkılamaya yönelik yürütülen program kapsamında 110 belediyeden sadece 7'si açıkta dışkılamayı tamamen kaldırmıştır.¹⁴ (Andrew Morris, UNICEF Saha Ofisi Başkanı, kişisel görüşme, 8 Ağustos 2019). Sabit veya mobil bir el yıkama alanı olan ev oranı %85,5'dir.⁹ Su ve sanitasyon tesisi olmayan okul sayısı yüksektir.¹²

3.2.2 Sağlık Göstergeleri

ARMM/BARMM'de genel sağlık göstergeleri Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 7. BARMM'de Sağlık Göstergeleri^{8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24}

14 Andrew Morris, UNICEF Saha Ofisi Başkanı, kişisel görüşme, 8 Ağustos 2019.

15 Dayrit, Manuel M. et al. "The Philippines Health System Review". Health Systems in Transition. Vol. 8 No. 2 (2018). Erişim Tarihi: Temmuz 25, 2019. http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5438.pdf.

16 "Life expectancy increases in Philippines". Erişim Tarihi: Temmuz 10, 2019. <https://countryeconomy.com/demography/life-expectancy/philippines>.

17 The World Bank. "Mindanao Today, Mindanao Tomorrow: Unlocking Mindanao's Potential Opening Remarks". Erişim Tarihi: Temmuz 10, 2019. <https://www.worldbank.org/en/news/speech/2018/04/06/mindanao-today-mindanao-tomorrow>.

18 World Health Organization. "Countries|Philippines." Erişim Tarihi: Temmuz 10, 2019. <https://www.who.int/countries/phl/en/>.

19 Republic of the Philippines|Philippines Statistics Authority. "Life Expectancy at Birth of Women". Erişim Tarihi: Ağustos 1, 2019. <https://psa.gov.ph/content/life-expectancy-birth-women>.

20 "Philippines Population". Erişim Tarihi: Ağustos 1, 2019. <https://www.worldometers.info/world-population/philippines-population/>.

21 Situation Analysis of Children in the Autonomous Region in Muslim Mindanao (ARMM), coram international, UNICEF, 2017.

22 Republic of the Philippines|Philippines Statistics Authority. "Deaths in the Philippines, 2016". Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://psa.gov.ph/content/deaths-philippines-2016>.

23 Setting up the health systems in BARMM- A newly created autonomous 'sub-state' in the Philippines, Concept Note, WHO.

24 Republic of the Philippines|Mindanao Development Authority. "Vital ve Health Statistics". Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <http://minda.gov.ph/products-and-services/statistical-reference/vital-and-health-statistics>.

Gösterge	Filipinler	BAARM	Basilan	Lanao del Sur	Maguindanao	Sulu	Tawi Tawi	Lamitan	Marawi
Yıllık Nüfus Artış Hızı (%)	1,4 (2018)	2,89 (2010-2015 ortalaması)							
Toplam Doğurganlık Oranı	3,02 (2019)	3,1 (2017)	3,55 (2010 – 2015)	4,23 (2010 – 2015)	4,58 (2010 – 2015)	2,70 (2010 – 2015)	3,52		
Kişi Başı Milli Gelir (ABD \$)	2.953 (2018)	576 (2018)							
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi									
Erkek (yıl)	66 (2016)	59,44 (2000)							
Kadın (yıl)	73 (2016)	60,43 (2000)							
Genel (yıl)	69,2 (2017)	-	63,5 (2012)	60,7 (2012)	59,5 (2012)	58,0 (2012)	54,4 (2012)		
Ölüm Hızları									
Kaba Ölüm Hızı (binde)	6 (2016)	1,2 (2011)							
Anne Ölüm Hızı (yüz binde)*	114 (2015)	128,5 ^a (2015) 45 ^b (2018)	135 ^b (2018)	18 ^b (2018)	45 ^b (2018)	50 ^b (2018)	92 ^b (2018)	0 ^b (2018)	33 ^b (2018)
Bebek Ölüm Hızı (binde)*	21 (2017)	32 ^c (2015) 5,66 ^b (2018)	24,62 ^b (2018)	1,40 ^b (2018)	3,02 ^b (2018)	13,26 ^b (2018)	8,29 ^b (2018)	^b (2018)	1,98 ^b (2018)
5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (binde)*	27 (2017)	55 ^d (2017) 8,75 ^b (2018)	11,47 ^b (2018)	2,80 ^b (2018)	6,22 ^b (2018)	21,49 ^b (2018)	15,27 ^b (2018)	0 ^b (2018)	0 ^b (2018)
Perinatal Ölüm Hızı (binde)	19 (2017)	16 (2017)							
Yenidoğan Ölüm Hızı (binde)	14 (2017)	19 (2017)							

*BARMM Sağlık Bakanlığı ile diğer kaynaklar arasında ciddi farklılıklar bulunduğu durumlarda her iki kaynak da belirtilmiştir. Bu farklılıkların ana nedeni verilerin yetersiz olması ve farklı raporlama sistemleri kullanılmasıdır. a: WHO b: BARMM Sağlık Bakanlığı c: Dünya Bankası d: 2017 Ulusal Demografi ve Sağlık Anketi

3.2.2.1. İnsan Kaynakları

2017 itibarıyla sağlık çalışanlarının kamu ve özel sektör dağılımı Tablo 8’de verilmiştir. BARMM’de kamu görevlisi sağlık çalışanı oranları çok yüksek olsa da saha ziyaretinde kamuda görev yapan sağlık çalışanlarının özel sektörde de çalıştığı ve doktorlar arasında kamu ve özel sektörde eş zamanlı çalışmanın yaygın bir uygulama olduğu görülmüştür.

Tablo 8. Kamu ve Özel Sektör Sağlık İş Gücü Dağılımı ¹⁴

	Doktor		Hemşire		Ebe		Medikal teknoloji teknisyeni	
	Devlet (%)	Özel (%)	Devlet (%)	Özel (%)	Devlet (%)	Özel (%)	Devlet (%)	Özel (%)
Filipinler	50	50	61	39	91	10	53	47
BARMM	96	4	98	2	97	3	96	4

Tablo 9. Kamu Sağlık İş Gücü Dağılımı ^{14, 25, 26}

Kamu	Filipinler (kişi)	BARMM (kişi)
Hemşire	54.943 (2017)	1.642 (2017)
Ebe	39.138 (2017)	1.027 (2017)
Tıbbi teknoloji teknisyeni	7.071 (2017)	124 (2017)
Toplam Doktor	20.214 (2017)	353 (2017)
Eczacı	-	-
Diş Hekimi	1.891 (2008)	30 (2008)
Barangay Sağlık Çalışanı	196.562 (2009)	

Tablo 10. Özel Sağlık İş Gücü Dağılımı ¹⁴

Özel	Filipinler (kişi)	BARMM (kişi)
Hemşire	35.365 (2017)	30 (2017)
Ebe	3.906 (2017)	14 (2017)
Teknisyen	6.342 (2017)	5 (2017)
Doktor	20.561 (2017)	14 (2017)
Eczacı	-	-
Diş Hekimi	-	-
Toplam Sağlık Personeli	-	-
Genel Toplam	-	-

25 Republic of the Philippines Department of Health. "Chapter one: The Philippine Health System At A Glance". Erişim Tarihi: Temmuz 23, 2019. <https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/basic-page/chapter-one.pdf>.

26 Republic of the Philippines Department of Health. "What Is The Number Of BHWs Nationwide?" Erişim Tarihi: Temmuz 23, 2019. <https://www.doh.gov.ph/node/883>.

Tablo 11. Kamu Harici Sağlık İş Gücü Dağılımı²⁴

Özel	Filipinler (kişi)	BARMM (kişi)
Hemşire	-	-
Ebe	-	-
Teknisyen	-	-
Doktor	76 (2018)	-
Eczacı	-	-
Diş Hekimi	30 (2018)	-
Toplam Sağlık Personeli	-	-
Genel Toplam	-	-

Tablo 12 DSÖ'nün 2017'de yayınlanan Filipinler Sağlık Sistemi İncelemesi'nde Filipinler ve BARMM'de 10.000 kişiye düşen sağlık personeli sayıları verilmektedir. Tablo 13 ise aynı kaynakta yer alan 100.000 kişiye düşen doktor sayılarını 2014 yılı itibarıyla vermektedir. İki tabloda toplam hekim sayılarında gözlemlenen farklılık Tablo 13'te sadece PhilHealth (Filipinler Sağlık Sigortası Şirketi) akredite hekimlerin yer alması olabilir.

Tablo 12. 10.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli Sayısı (2017)*¹⁴

	Doktor	Hemşire	Ebe	Tıbbi teknoloji teknisyeni
Filipinler	39	86	41	13
BARMM	9	42	26	03

*Kamu ve özel sağlık kurumlarında çalışan personel sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 13. 100.000 Kişiye Düşen PhilHealth Akredite Hekim Sayıları (2014)¹⁴

Uzmanlık	Filipinler	BARMM
Pratisyen/aile hekimi	11	2,9
Kadın doğum uzmanı	1,2	0,1
Çocuk hastalıkları uzmanı	1,3	0,1
Dahili branşlar	5,9	1,1
Cerrahi branşlar	0,9	0,0
Anestezi	0,5	0,0
Patoloji/radyoloji	0,2	0,0

Tablo 14, BARMM Sağlık Bakanlığı tarafından 2019'da yayınlanan verilere göre Kırsal Sağlık Birimlerinde [Rural Health Unit (RHU)] görev yapan doktor ve hemşire sayıları ile Barangay Sağlık İstasyonlarında [Barangay Health Station (BHS)] görevli ebe sayılarını vermektedir. Dünya Bankası tarafından yayınlanan bir raporda 2017 yılında BARMM'de 36.013 kişiye 1 doktor, 4.995 kişiye 1 hemşire ve 4.066 kişiye bir ebe düşmekteydi.⁸ Veri toplamada farklılıklar

olabileceği de göz önünde bulundurularak aşağıdaki tabloda sunulan BARMM Sağlık Bakanlığının 2019 yılında paylaştığı veriler ile Dünya Bankası verileri karşılaştırıldığında görülmektedir ki doktorların hizmet verdiği nüfus artmış, hemşire ve ebelerin hizmet sunduğu nüfus ise azalmıştır.¹³

Tablo 14. Birinci Basamakta Sağlık İş Gücü¹³

İl/Şehir	Doktor Sayısı (RHU)	Doktor/Nüfus oranı (RHU)	Hemşire sayısı (RHU)	Hemşire/Nüfus Oranı (RHU)	Ebe Sayısı (BHS)	Ebe/Nüfus Oranı (BHS)
Basilan	2	1/149.072	137	1/2.176	132	1/2.259
Lanao del Sur	39	1/23.037	320	1/2.808	229	1/3.923
Maguindanao	24	1/55.176	290	1/4.566	301	1/4.399
Sulu	15	1/59.361	183	1/4.866	174	1/5.117
Tawi Tawi	7	1/57.828	124	1/3.264	136	1/1.296
Lamitan Şehri	2	1/41.015	26	1/3.155	46	1/1.783
Marawi Şehri	2	1/107.447	24	1/8.954	36	1/5.969
Bölgesel					30	
ARMM / BARMM	91	1/45.197	1.114	1/3.692	1.084	1/3.794

3.2.2.2. Anne Çocuk Sağlığı

Filipinler genelinde anne, yenidoğan ve beslenmeyle ilgili hastalıkların toplamı engelliliğe uyarlanmış yaşam yılı [Disability-Adjusted Life Year (DALY)] nedenlerinde üçüncü sıradadır.²⁷ Filipinler'de 2017 itibarıyla 1 yaşın altındaki bebek ölümleri 1.000 canlı doğumda 21; 5 yaş altı çocuk ölümleri 1.000 canlı doğumda 27'dir.⁹ BARMM'deki oranlar ülke genelinden daha yüksektir. Bebek ölümleri 1.000 canlı doğumda 32; 5 yaş altı çocuk ölümleri 1.000 canlı doğumda 55'tir. Filipinler'de 2015 yılında anne ölümleri 100.000 canlı doğumda 114'tür.^{8,9} BM kurumlarıyla yapılan mülakatlarda BARMM'de anne ölümleri hakkında veri eksikliği olduğu belirtilse de DSÖ'nün hazırladığı konsept notunda anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 128,5 olarak verilmiştir.²²

Yoksulluk, sağlığı etkileyen nedenlerden biridir. Ülke genelinde yoksulluk sınırının altında yaşayan çocukların oranı %31,4 iken BARMM'de bu oran %63,1'dir.¹²

Doğumların kayıt altına alınması konusunda BARMM ülke ortalamasından çok geridedir. Filipinler'de yenidoğan bebeklerin %93,5'i kayıt altına alınırken BARMM'de bu oran sadece % 38,9'dur.¹²

Sağlık Bakanlığı yüksek anne ve çocuk ölüm hızını öncelikli sorunlardan biri olarak belirlemiştir ve bu sorunu çözmek için nitelikli personel ve yeterli malzeme ile donatılmış birinci basamak sağlık tesislerinin kurulumu ve geliştirilmesine odaklanmaktadır (Dr. Saffrullah Dipatuan, BARMM Sağlık Bakanı, kişisel görüşme, 4 Ağustos 2019).

27 World Health Organization. "Philippines: WHO statistical profile". Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://www.who.int/gho/countries/phl.pdf>

Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) ekibi tarafından anne çocuk sağlığı alanında çalışan 36 ebe, hemşire ve sağlık çalışanıyla yapılan görüşmelerde anne çocuk sağlığıyla alakalı en ciddi sorunlar; eğitim seviyesinin düşük olmasından kaynaklı sağlık okuryazarlığının ve yetişmiş insan kaynağının düşük olması, sağlık hizmeti arama davranışının düşük olması, beslenme ve tesis ve tıbbi malzeme eksikliği olarak belirlenmiştir.

3.2.2.2.1. Bağışıklama

Ulusal hükümet tarafından Genişletilmiş Bağışıklama Programı yürütülmektedir. 2017 Ulusal Demografik ve Sağlık Anketi'ne göre aşılanma takviminde 7 antijen yer almaktadır. Rutin aşılanma takvimi BCG, DPT, OPV veya IPV, Hib, HepB ve kızamık veya MMR aşılarından oluşmaktadır.

2017 yılında ülke genelinde 12-23 ay arası bir doz BCG, üç doz DPT, üç doz çocuk felci ve bir doz kızamık veya MMR aşılarını yaptırmış tam aşıli çocuk oranı %69,9'dur. Bu oran ARMM'de %18'e düşmektedir. Aşılanmayan çocuk oranı ülke genelinde %9,2 iken ARMM'de %43,7'dir.⁹ Aşılanma oranlarıyla ilgili detaylı tablo aşağıda verilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Aşılanma Oranları²⁸

Aşı	Filipinler (%)	ARMM (%)
BCG	90,0	54,7
HepB (doğum)	77,9	33,0
DPT 1	86,6	40,4
DPT 2	82,9	34,2
DPT 3	79,8	28,9
HepB 1	87,5	40,5
HepB 2	85,6	36,2
HepB 3	81,2	32,9
Hib 1	86,6	40,0
Hib 2	82,9	34,2
Hib 3	79,8	28,9
(IPV veya OPV) Polio 1	87,9	44,1
(IPV veya OPV) Polio 2	86,4	41,2
(IPV veya OPV) Polio 3	79,0	33,3
Kızamık / MMR1	80,4	33,6
Bütün temel aşılanma*	69,9	18,0
Yaşa uygun aşılanma**	61,2	8,9
Hiç aşılanma yok	9,2	43,7

*BCG, 3 doz DPT, 3 doz OPV veya IPV, 1 doz kızamık veya MMR

**BCG, HepB (doğum dozu), 3 doz DPT, 3 doz HepB (doğum dozu harici), 3 doz Hib, 3 doz OPV veya IPV, 1 doz kızamık veya MMR

28 Republic of the Philippines|Philippine Statistics Authority Autonomous Region in Muslim Mindanao. "Key Indicators on Demographic and Health Statistics of ARMM". Erişim Tarihi: 17.09.2019 <http://rsoarimm.psa.gov.ph/sites/default/files/Key%20Indicators%20on%20Demographic%20and%20Health%20Statistics%20of%20ARMM.pdf>

Bağışıklama hizmetleri kamu sağlık merkezlerinde sağlık personelinin takibiyle yapılmaktadır. Özel sektör de Genişletilmiş Bağışıklama Programı'na katılsa da aşılanma oranları düşüktür ve uygulanan aşular standardize edilmemiştir. Ulusal hükümet aşuların satın alımını yapmaktadır. Ulusal satın alımın iyileştirilmesi, aşılanma rejiminin daha etkin planlanması ve yerel hükümet düzeyinde daha iyi koordinasyon bağışıklamanın geliştirilmesi için gereklidir.¹⁴

Sağlık Bakanı Dr. Safrullah Dipatuan, BARMM'de aşılanma oranlarının düşük olmasını yeterli aşı tedarikine ve aşı ekiplerinin mobilizasyonu için fonlamada yaşanan sorunlara bağlanmıştır (Dr. Safrullah Dipatuan, BARMM Sağlık Bakanı, kişisel görüşme, 4 Ağustos 2019). UNICEF'e göre ise temel aşılanma kapsamının düşük olmasının nedenleri; bölgesel ve il seviyesinde planlama olmaması, Ulusal Sağlık Departmanı tarafından BARMM Sağlık Bakanlığına yeterli aşı tedariki yapılsa da sahada yaşanan soğuk zincir ve aşı eksikliği, bağışıklamayla ilgili insan kaynağı kapasitesi ile eğitim eksikliği ve aşı reddidir (Andrew Morris, UNICEF Saha Ofisi Başkanı, kişisel görüşme, 8 Ağustos 2019).

Ekibin RHU ziyaretinde alınan bilgilere göre aşılanma oranını düşüren bir neden de birçok annenin çalışmak için yurt dışına giderek çocuklarını karar verme yetkisi olmayan aile büyüklerine bırakmasıdır.

Araştırma ekibinin ziyareti sırasında ülkede "dang ateşi salgını" yaşanmaktaydı. UNICEF yetkilisi mülakat sırasında 2017 yılında yapılan Dengvaxia aşısının hastalığı daha kötüleştirebileceğinin ortaya çıkmasından sonra Filipin hükümetinin dang ateşi aşısını satın almayı durdurduğunu ve bunun ardından bağışıklığın düşmesinin salgına yol açtığını belirtmiştir. UNICEF bu krizin akabinde ülke genelinde artan aşı reddine karşı bilinçlendirme faaliyetleri yürütmektedir (Wigdan Madani, UNICEF Filipinler Sağlık ve Beslenme Başkanı, kişisel görüşme, 1 Ağustos 2019).

3.2.2.2.2. Beslenme

Filipinler'de çocukların beslenme durumu Doğu Asya ve Pasifik Bölgesi genelinden kötüdür. 2015 itibarıyla 5 yaş altı çocukların %33,4'ü bodur, %21,5'i düşük kilolu ve %7,1'i zayıftır. BARMM'de bodurluk oranı %45,2, zayıflık oranı %8,2 ve düşük kiloluluk oranı %24,9 ile ülke ortalamasından daha yüksektir. Ülkede yüksek kilolu 5 yaş altı çocuk oranı %3,9 iken BARMM'de bu oran 4,2'dir.²⁹ Tablo 16'da 2015 yılı Ulusal Beslenme Anketi'ne göre illerdeki malnütrisyon oranları verilmiştir. Ankete göre 2013-2015 yılları arasında bodurluk ve düşük kiloluluk artarken sadece zayıflık oranında azalma gözlemlenmiştir. Güncel beslenme durumunun tespiti için Dünya Bankası ve UNICEF tarafından bir değerlendirme yürütülmektedir (Wigdan Madani, UNICEF, kişisel görüşme, 1 Ağustos 2019). UNICEF'in değerlendirmesine göre malnütrisyonun temel nedenleri BARMM'de çocukların %63'ünün yoksulluk altında yaşaması, halkın %40'ının sağlık hizmetlerine erişememesi ve bütüncül bir birinci basamak sağlık anlayışının olmaması ile ailelerin çocuklarıyla ilgili sağlıklı karar vermek için gerekli bilgiye ulaşamamasıdır (Andrew Morris, UNICEF Saha Ofisi Başkanı, kişisel görüşme, 8 Ağustos 2019).

29 2016 National Nutrition Summit, MDGs by 2015: Did Juan Hit the Targets? 16.02.2016..

Tablo 16. BARRM'de 5 Yaş Altı Çocuklarda Malnütrisyon Oranları⁸

İl	Bodurluk	Zayıflık	Düşük kiloluluk
Basilian	48,1	26,6	4,4
Lanao del Sur	49,0	21,1	5,5
Maguindanao	45,6	25,8	5,9
Sulu	40,9	27,9	14,2
Tawi Tawi	41,2	27,2	14,2

6 ay-1 yaş arası çocukların %39,4'ü anemiktir. Ülke genelinde emzirme oranı yüksek olsa da (%94) 6 ay sadece anne sütü alan bebek yüzdesi %34'te kalmaktadır.¹²

Filipinler Sağlık Bakanlığına bağlı Ulusal Beslenme Kurumu, *barangay beslenme hocası* diye adlandırılan ve yerelde beslenme programları yürüten gönüllüleri finanse etmektedir.⁸

Tablo 17. Mikro Besin Takviyesi^{27,30}

Gösterge	Filipinler	BARRM
6-59 Ay Arası Çocuklarda A Vitamini Desteği Alma Oranı (%)	75,5 (2017)	44,6 (2017)
6-59 Ay Arası Çocuklarda D Vitamini Desteği Alma Oranı (%)	90 (2014)	-
6-59 Ay Arası Çocuklarda Demir Desteği Alma Oranı (%)	28,2 (2017)	13,9 (2017)
6-59 Ay Arası Çocuklarda kurt dökme ilacı (%)	43,2 (2017)	24,8 (2017)

3.2.2.2.3. Anne Sağlığı

Hükümet politikası tüm doğumların sağlık tesisinde yapılmasını ve en az dört gebe izlemine gerekli kılmaktadır. Bazı RHU normal doğum yaptırma kapasitesine sahiptir, komplike doğumlar ise ilçe ve il hastanelerinde yapılmaktadır. PhilHealth doğum yaptırma kapasitesi olan sağlık tesislerini akredite etmektedir.

Sağlık tesisinde doğum oranları ülke genelinde %77,7 iken bu oran BARRM'de %28,4'tür.⁸ Gebelerin evde doğum tercihlerinin nedenleri sağlık çalışanı, malzeme ve ilaç yetersizliklerinden dolayı sağlık tesislerinin cazip olmaması, ulaşım sorunları ile kültürel nedenlerdir. BARRM'de kadınlar jinekolojik masada doğumu tercih etmemekte, sağlık çalışanlarının olumsuz tavırlarından dolayı çekinmektedir. Geleneksel ebelerin evde doğumdan sonra ev işlerine ve diğer çocukların bakımına destek olması da evde doğumu arttıran nedenlerdendir (Dr. Joseph Michael Singh, UNFPA Ulusal Program Sorumlusu, kişisel görüşme, 1 Ağustos 2019).

Doğumların sadece nitelikli sağlık çalışanı tarafından yaptırılmasını gerekli kılan bir kararname bulunsa da geleneksel ebeler hâlen doğum yaptırmaktadır.⁸ Evde doğumlar anne ölümlerinin en önemli nedeni olan kanama riskini arttırmaktadır, ayrıca hijyen koşulları yetersiz olduğundan ve göbek bağına kül dökme gibi yanlış uygulamalardan dolayı evde doğumlarda enfeksiyon

30 FAO. "Philippines – Food and Nutrition Security Profiles". Erişim Tarihi: Temmuz 27, 2019. <http://www.fao.org/3/a-at701e.pdf>

riski artmaktadır. Yılda yaklaşık 40 bin doğumun gerçekleştiği BARMM'de UNFPA tarafından geleneksel ebelere yönelik bir nakdî teşvik programının pilot çalışması Marawi şehrinde başlayacaktır. Bu kapsamda geleneksel ebelere gebeleri gebe izlem ve doğum için sağlık tesisine yönlendirmeleri hâlinde nakit ödemesi yapılacaktır (Dr. Joseph Michael Singh, UNFPA Ulusal Program Sorumlusu, kişisel görüşme, 1 Ağustos 2019). Araştırma ekibi RHU'da sağlık personeliyle koordineli çalışan geleneksel ebeler bulunduğunu gözlemlemiştir.

Anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 114 ile hedeflerin gerisindedir.⁸ 2017 Ulusal Sağlık ve Demografi Anketi'ne göre ülke çapında gebe kadınların %94'i nitelikli bir sağlık personeli tarafından gebe izlem hizmeti almaktadır; ARMM'de bu oran %68,6'ya düşmektedir. ARMM'de hiç gebe izlem hizmeti almayan gebe oranı %16,9 ile ülkedeki en yüksek oran olurken gebelerin %4,4'ü hilot adı verilen geleneksel ebeden doğum öncesi bakım hizmeti almaktadır. Filipinler genelinde kadınların %86,5'i dört veya daha fazla gebe izlem hizmeti almaktadır.⁹ BARMM'de 2018'de 4 defa gebe izlem hizmeti alan gebe oranı %58,3'tür.¹³ Filipinler'de 1.000 doğumda 59,2 doğum 20 yaş altı anneler tarafından yapılmaktadır.¹²

Gebelikte demir takviyesi alan kadın oranı %91,9'dur. Ülkede anne ve yenidoğanların %86'sı, ARMM'de %64'ü doğumdan sonra iki gün içinde doğum sonrası bakım hizmeti almaktadır. Ülke genelinde kadınların %81,6'sı nitelikli sağlık çalışanları tarafından doğum sonrası bakım hizmeti alırken ARMM'de bu oran %37,6'dır.⁹

Yetersiz sağlık çalışanı ile yetersiz malzeme ve ilaç, sağlık tesislerinde gebe izlem ve doğumun yapılmasının önündeki en büyük engellerdendir. Ayrıca belirli bölgelerde güvenlik nedeniyle ebelerin 24 saat hizmet vermesi mümkün olmamaktadır. Acil obstetrik bakım hizmetinin ve kan stoklarının yetersizliği kanamanın anne ölümlerinin başlıca nedenlerinden olmasına katkı sağlamaktadır (Dr. Joseph Michael Singh, UNFPA Ulusal Program Sorumlusu, kişisel görüşme, 1 Ağustos 2019). Ülke içerisinde anne ve çocuk hizmetlerinde kırsal-kentsel bölgeler arasında ve farklı gelir grupları arasında ciddi farklar bulunmaktadır.

2013-2017 yılları arası canlı doğum yapan kadınların aldıkları bazı hizmetler Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Doğum ile İlgili Hizmetler (2013-2017)⁹

Hizmet	Filipinler	ARMM
Demir takviyesi alan gebe oranı (%)	91,9	57,9
Bağırsak paraziti ilacı alan gebe oranı (%)	4,1	7,6
Son doğumda iki veya daha fazla tetanos aşısı alan gebe oranı (%)	55,5	48,8
Son doğumda tetanosa karşı korunan kadın oranı (%)	79,8	65,7
Sağlık tesisinde doğum oranı (%)	77,7	28,4
Nitelikli sağlık çalışanı tarafından yaptırılan doğum (%)	84,4	33,6
Sezaryen doğum (%)	13	3,6

Ülke genelinde ve ARMM'de doğum öncesi bakım alan gebelerin aldığı hizmetler aşağıdaki tablodadır (Tablo 19).

Tablo 19. Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Kullanımı⁹

Hizmet	Filipinler (%)	ARMM (%)
Gebelik komplikasyonları ile ilgili bilgilendirme	80,3 (2013)	55,7 (2013)
Kilo ölçümü	98,6 (2017)	88,2 (2017)
Boy ölçümü	86,9 (2017)	67,0 (2017)
Tansiyon ölçümü	98,6 (2017)	92,7 (2017)
İdrar testi	78,1 (2017)	20,6 (2017)
Kan testi	71,9 (2017)	16,2 (2017)

3.2.2.2.4. Aile planlaması

Filipinler'de aile planlaması hizmeti RHU'da devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde verilmektedir. Ancak kullanım yaygın değildir, 2017 itibarıyla ülke genelinde 15-49 yaş arası evli kadınlarda modern doğum kontrolü metodu kullanım oranı %40'tır. ARMM'de bu oran %19'a düşmektedir.⁹

Ülke genelinde 2017 itibarıyla modern yöntemlerle aile planlaması ihtiyacı karşılanan 15-49 yaş arası kadın oranı %56,9'dur.³¹ BARMM'de doğurganlık oranı 3,1'dir, çocuk sahibi olma isteği 2,3'tür. Aile planlaması ihtiyacının karşılanmamasının önemli bir nedeni dinî algıdır. UNFPA aile planlaması ve erken evlilik, cinsiyete dayalı şiddet, kapsamlı cinsel eğitim ve adolesan gebelik gibi konuları içeren İslam'da Model Aile adlı iki fetva yayınlamıştır ve bu fetvaların yaygınlaştırılması için imamlar ve toplumsal ağlarla iş birliği içinde çalışmaktadır (Dr. Joseph Michael Singh, UNFPA Ulusal Program Sorumlusu, kişisel görüşme, 1 Ağustos 2019).

3.2.3 Mortalite ve Morbidite Verileri

Filipinler ve BARMM'de mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) verileri aşağıda belirtilmiştir. Anne ölüm hızı ve 5 yaş altı çocuk hızı Batı Pasifik ortalamasının üstündedir.²⁶

Filipinler'de epidemiyolojik geçiş yaşanmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar önde gelen mortalite nedenlerinden sayılırken bulaşıcı hastalıklar hâlen önemli morbidite nedenidir.³² Aşağıdaki tablolarda Filipinler ve BARMM'de mortalite ve morbiditeyle ilgili veriler yer almaktadır.

31 Republic of the Philippines|Philippines Statistics Authority. "Sustainable Development Goals". Erişim Tarihi: Temmuz 23, 2019. <https://psa.gov.ph/sdg/Philippines/baselinedata/3%20Good%20Health%20and%20Well-being>

32 Villaverde, Mario C. Vergeire, Maria Rosario ve de los Santos, Maria Socoro. Health Promotion and Non-communicable Diseases, Current Status and Priority Policy Interventions and Actions. Quezon City, Filipinler: Ateneo de Manila University ve Health Justice, 2012. Erişim Tarihi: Temmuz 23, 2019. https://www.ateneo.edu/sites/default/files/ASoG-HJ%20Health%20Promotion%20Study%202012_0.pdf

Tablo 20. Ölüm Verileri^{8, 9, 11, 12, 13, 20,21, 22}

	Filipinler	BARMM
Kaba Ölüm Hızı (Her 1000 Kişi Başına)	6 (2016)	1,2 (2011)
Perinatal Mortalite Hızı (Her 1000 Canlı Doğum İçin)	19 (2017)	16 (2017)
Neonatal Mortalite Hızı (Her 1000 Canlı Doğum İçin)	14 (2017)	19 (2017)
Bebek Ölüm Hızı (Her 1000 Canlı Doğum İçin)	21 (2017)	37 (2017)
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Her 1000 Canlı Doğum İçin)	27 (2017)	55 ^d (2017) 8,75 ^b (2018)
Anne Ölüm Hızı (Her 100.000 Canlı Doğum İçin)	114 (2015)	128.5 ^a (2015) 45 ^b (2018)

*BARMM Sağlık Bakanlığı ile diğer kaynaklar arasında ciddi farklılıklar bulunduğu durumlarda her iki kaynak da belirtilmiştir. a: WHO b: BARMM Sağlık Bakanlığı c: Dünya Bankası d: 2017 Ulusal Demografi ve Sağlık Anketi

Tablo 21. Başlıca Mortalite Nedenleri^{21, 33}

Sıra	Filipinler (2016)	BARMM (2015)
1	İskemik kalp hastalıkları	İnme
2	Neoplazma	İskemik kalp hastalığı
3	Pnömoni	Tümör
4	Serebrovasküler hastalıklar	Saldırı
5	Hipertansif hastalıklar	Pnömoni/Diğer kalp hastalıkları
6	Diyabet	Hipertansif hastalıklar
7	Diğer kalp hastalıkları	Diyabet
8	Tüberküloz (solunum)	TB (solunum yolları)
9	Kronik alt solunum yolu enfeksiyonları	Kronik alt solunum yolları hastalıkları
10	Diğer genitoüriner sistem hastalıkları	

Tablo 22. İllere Göre Başlıca Morbidite ve Mortalite Nedenleri⁸

Sıra	Morbiditye	Mortalite
Basilan ve Lamitan Şehri		
1	Hipertansiyon	Miyokard enfarktüsü
2	Pnömoni	Bilinmeyen
3	ÜSYE	İnme
4	Cilt hastalıkları	Ateşli silah yaralanması
5	Öksürük ve soğuk algınlığı	Kardiyopulmoner arrest
6	İnfluenza	Kardiyak arrest
7	İshal	Yaşlılık
8	Yaş	Aşırı dehidrasyonlu ishal
9	Bronşit	Astım
10	Ateş	TB, akciğer
Lanao del Sur		
1	İnfluenza/ÜSYE	İnme
2	Hipertansiyon	Kalp hastalığı
3	Cilt hastalıkları	Pnömoni
4	İshal/akut gastroenterit	Kanser (tüm)
5	Pnömoni	Hipovolemik şok
6	Diyabet	Diyabet
7	İdrar yolları enfeksiyonu	Kaza (tümü)
8	Gastrit	Böbrek yetmezliği
9	Bronşiyal astım	Aşırı dehidrasyonlu ishal
10	Romatoid Artrit	
Maguindanao		
1	Akut Solunum Yolları Enfeksiyonu	Kalp damar hastalıkları
2	Sistemik viral enfeksiyon	Serebrovasküler olay
3	Cilt hastalıkları	Silahlı ateş yaralanması
4	Kalp damar hastalıkları	Pnömoni
5	İshal	Kanser, tümü
6	İdrar yolları enfeksiyonu	Böbrek yetmezliği
7	Gastrit	Trafik Kazası
8	Kaza/travma	Diyabet
9	Kas-iskelet bozuklukları	Astım
10	Anemi	TB, tümü

Sulu		
1	Akut solunum yolları enfeksiyonu	Serebrovasküler olay
2	Akut gastroenterit	Pnömoni
3	Hipertansiyon	Akut gastroenterit
4	Gastrit	Ateşli silah yaralanması
5	Pnömoni	Hipertansiyon
6	Cilt hastalıkları	Miyokard enfarktüsü
7	İdrar yolları enfeksiyonu	TB - akciğer
8	Kas iskelet şikayetleri	Trafik kazası
9	Beslenmeye bağlı anemi	Bronşiyal Astım
10	Gribe benzer hastalıklar	Diyabet
Tawi Tawi		
1	Akut solunum yolları enfeksiyonu	Kardiyovasküler
2	Pnömoni	Yaşlılık
3	Bronşit	Fetal ölümler
4	Hipertansiyon	Pnömoni
5	İdrar yolları enfeksiyonu	Kanser
6	Akut gastroenterit	Şiddet
7	Alerjik dermatit	İshal
8	Akut gastrit	TB - akciğer
9	Yumuşak doku enfeksiyonu	Diyabet
10	TB - akciğer	Yenidoğan ölümü

Tablo 23. 5 Yaş Altı Çocuklarda Başlıca Mortalite Nedenleri²⁶

Ölüm Nedeni	Filipinler (2013)	BARMM
Diğer nedenler (%)	18	-
Prematürite (%)	17	-
Akut solunum yolları enfeksiyonları (%)	17	-
Konjenital bozukluklar (%)	13	-
Doğum asfiksisi (%)	12	-

Tablo 24. Bulaşıcı Hastalık Kaynaklı Hastalık Yüğü^{10, 20, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46}

Bulaşıcı Hastalıklar	Filipinler	BARM
Yenidoğan Tetanos (Vaka Sayısı)	7 (2018)	3 (2018)
Sıtma (Vaka Sayısı)	501 (2017)	8 (2017)
Difteri (Vaka Sayısı)	5 (2018)	0 (2018)
HIV/AIDS Sebebiyle Ölüm Sayısı (100.000'de)	22 (2019)	-
Yeni HIV/AIDS Vaka Sayısı	1.249 (2019)	13 (2016)
HIV/AIDS Prevalansı	0,1 (2017)	-
Kızamık (Vaka Sayısı)	251 (2017)	54 (2017)
Kızamıkçık (Vaka Sayısı)	448 (2017)	1 (2017)
Boğmaca (Vaka Sayısı)	41 (2018)	0 (2018)
Difteri (Vaka Sayısı)	5 (2018)	0 (2018)
Kolera (Vaka Sayısı)	3 (2017)	0 (2017)
Menenjit (Vaka Sayısı)	239 (2017)	0 (2017)
Polio (Vaka Sayısı)	138 (2017)	4 (2017)
AFP Hızı (15 Yaş Altı 100.000 Çocukta)	1,04 (2017)	0,81 (2017)
AFP Örnek Alma Hızı (15 Yaş Altı 100.000 Çocukta)	61 (2017)	75 (2017)
Tüberküloz (İnsidans)	554 (2017)	-
Tüberküloz (Prevalans)	581.000 (2017)	-
Sarı Humma (Vaka Sayısı)	0 (2009)	-
Su Kaynaklı İshal (Vaka Sayısı)	11.120 (2018)	96 (2018)

- 34 Republic of the Philippines Department of Health. Epidemiology Bureau, Public Health Surveillance Division. "Neonatal Tetanus Cases." Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/statistics/2018%20Neonatal%20Tetanus%20Morbidity%20Week%201-9.pdf>.
- 35 "Philippines". Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/statistics/2017%20Malaria%20MW%201%20-%20MW-18.pdf>.
- 36 Republic of the Philippines Department of Health. Epidemiology Bureau, Public Health Surveillance Division. "Diphtheria Cases." Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/statistics/2018%20DSR_Diphtheria_MW1-5.pdf.
- 37 Department of Health|Epidemiology Bureau. "HIV/AIDS & ART Registry of the Philippines". Ocak 2019. Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/statistics/EB_HARP_Report_January2019.pdf.
- 38 Republic of the Philippines Department of Health. Epidemiology Bureau, Public Health Surveillance Division. "Measles-Rubella Cases." Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/statistics/DSR-MEASLES-RUBELLA-MW1-MW48.pdf>.
- 39 Republic of the Philippines Department of Health. Epidemiology Bureau, Public Health Surveillance Division. "Pertussis Cases." Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/statistics/2018%20Pertussis%20Morbidity%20Week%201-9.pdf>.
- 40 Republic of the Philippines Department of Health. Epidemiology Bureau, Public Health Surveillance Division. "Food and Waterborne Diseases." Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/statistics/2018%20Food%20and%20Water%20Borne%20Diseases%20Morbidity%20Week%201-9_1.pdf.
- 41 Republic of the Philippines Department of Health. Epidemiology Bureau, Public Health Surveillance Division. "Acute Meningitis-Encephalitis Syndrome Surveillance Cases." Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/statistics/2017_AMES_W1_13_1.pdf.
- 42 Republic of the Philippines Department of Health. Epidemiology Bureau, Public Health Surveillance Division. "Acute Flaccid Paralysis (AFP)." Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/statistics/2017_AFP_MW1-18.pdf.
- 43 The World Bank. "Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)". Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD?locations=PH>.
- 44 "TB Statistics - Incidence, prevalence, high burden". Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://www.tbfacts.org/tb-statistics/>
- 45 WHO. "Global Health Observatory data repository|Yellow fever| Reported Cases by Country" http://apps.who.int/gho/data/node.main.WHS3_50?lang=en.
- 46 Republic of the Philippines Department of Health. Epidemiology Bureau, Public Health Surveillance Division. "Food and Waterborne Diseases. Monthly Surveillance Report No:7" Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. https://www.doh.gov.ph/sites/default/files/statistics/Food%20and%20Waterborne%20Diseases%20Monthly%20Report_MW1-MW30_2018_No.7.pdf.

Tablo 25. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Kaynaklı Hastalık Yükü^{47, 48, 21}

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	Filipinler	BARMM
Kanser Sebebiyle Ölüm Sayısı	141.021 (2018)	-
Kalp Damar Hastalıkları Prevelansı (%)	-	-
Kalp Damar Hastalıkları Nedeniyle Ölüm Sayısı	74.134 (2016)	-
Diyabet Prevelansı (%)	5,8 (2014)	-
Diyabet Nedeniyle Ölümler	33.295 (2016)	-

Tablo 26. Risk Faktörleri¹⁴

Yetişkin Risk Faktörleri Dağılımı (20 yaş ve üzeri)	Filipinler (2013)	BARMM
Diyabet İlacı Kullanan veya kan Şekeri Yüksekliği Olan Yüzdesi (%)	5,4	-
Kan Basıncı Yüksek Olan Yüzdesi (%)	22,3	-
Obesite Yüzdesi (%)	31,1	-
Tütün Kullanımı Yüzdesi (%)	25,4	-

3.3. Sağlık Sisteminin Politikası ve Organizasyonu

3.3.1 Sağlık Sistemine Genel Bakış

Filipinler’de sağlık hakkı 1987’de Filipinler Anayasası tarafından garanti altına alınmıştır. Sağlık hizmetleri kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Kamu sektörünün finansmanı büyük ölçüde vergi temelli bir bütçe sistemi tarafından karşılanmaktadır. Kamuda hizmet sunumu ulusal ve yerel hükümetler tarafından yapılmaktadır. Bakanlıkların Departman olarak adlandırıldığı Filipinler’de Sağlık Departmanının [Department of Health (DOH)] ulusal politika ve plan oluşturma, teknik standartlar geliştirme, sağlık mevzuatını uygulama, üçüncü basamak ve özelleştirilmiş hastane hizmetlerini izleme ve sunma yükümlülükleri vardır. Askerî hastaneleri Ulusal Savunma Departmanı işletir. Bölgelerdeki Yerel Hükümet Birimleri [Local Government Unit (LGU)], yerel sağlık sistemlerinin finansmanı ve işletilmesi konusunda tam özerkliğe sahiptir. Valilikler (provincial governments), ilçe ve il hastanelerinin yönetimi ve işletilmesinden sorumludur. Koruyucu sağlık hizmetlerini ve halk sağlığı hizmetlerini de kapsayan birinci basamak sağlık hizmetleri belediyeler (municipal governments) tarafından RHU, sağlık merkezleri ve Barangay Sağlık İstasyonları [Barangay Health Stations (BHSs)] aracılığıyla sunulmaktadır. Şehirler, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür.¹⁴

Özel sektörde, kâr amaçlı ve kâr amacı gütmeyen binlerce farklı sağlık sunucusu hizmet vermektedir: Klinikler, eczaneler, laboratuvarlar, hastaneler, sağlık sigortası şirketleri, akademik kurumlar ve araştırma kurumları, geleneksel şifacılar (herbolario) ve geleneksel ebeler (hilot) vs. Kâr amaçlı sağlık işletmeleri sağlık profesyonelleri, aile şirketleri veya büyük şirketler tarafından

47 World Health Organization|International Agency for Research on Cancer. “Philippines”. Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/608-philippines-fact-sheets.pdf>

48 World Health Organization. “Diabetes country profiles 2016|Philippines”. Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. https://www.who.int/diabetes/country-profiles/phl_en.pdf?ua=1

işletilirken kâr amacı gütmeyenler genellikle hayır kurumları, dinî kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları ve toplum temelli gönüllü grupları tarafından işletilmektedir. Özel sektör genellikle hizmet alımı sırasında ödemeyle finanse edilmektedir.

Filipinler, 1995 yılından beri devletin PhilHealth tarafından yürütülen bir sosyal sağlık sigortası sistemine sahiptir. Sağlık sigortası, kamu ve özel sektörden hizmet alımı yapmaktadır.¹⁴

Şubat 2019'da kabul edilen Evrensel Sağlık Hizmetleri Yasası, tedavi odaklı hizmetten koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık teşvikine daha fazla yer veren bir yaklaşım getirmiştir. Bu yaklaşımla birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlevsellik kazanması, sağlık teşvikinin yaygınlaştırılması, bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumaları için güçlendirilmesi ve hastalık ve engelliliklerin etkin yönetiminin desteklenmesi planlanmaktadır. Bu kapsamda bütün vatandaşların PhilHealth'e katılması, PhilHealth'in sağlık ürünü ve hizmetlerinin ulusal satın alıcısı olarak yetkilendirilmesi; hizmet alamayan yerler başta olmak üzere sağlık tesislerinin iyileştirilmesi, personel eksikliklerinin giderilmesi, özel sektör ile stratejik iletişim ve sağlık hizmeti sunumunun iyileştirilmesi için DOH'un işlevlerinin genişletilmesi gibi reformlar yer almaktadır.⁴⁹

3.3.2 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Finansmanı

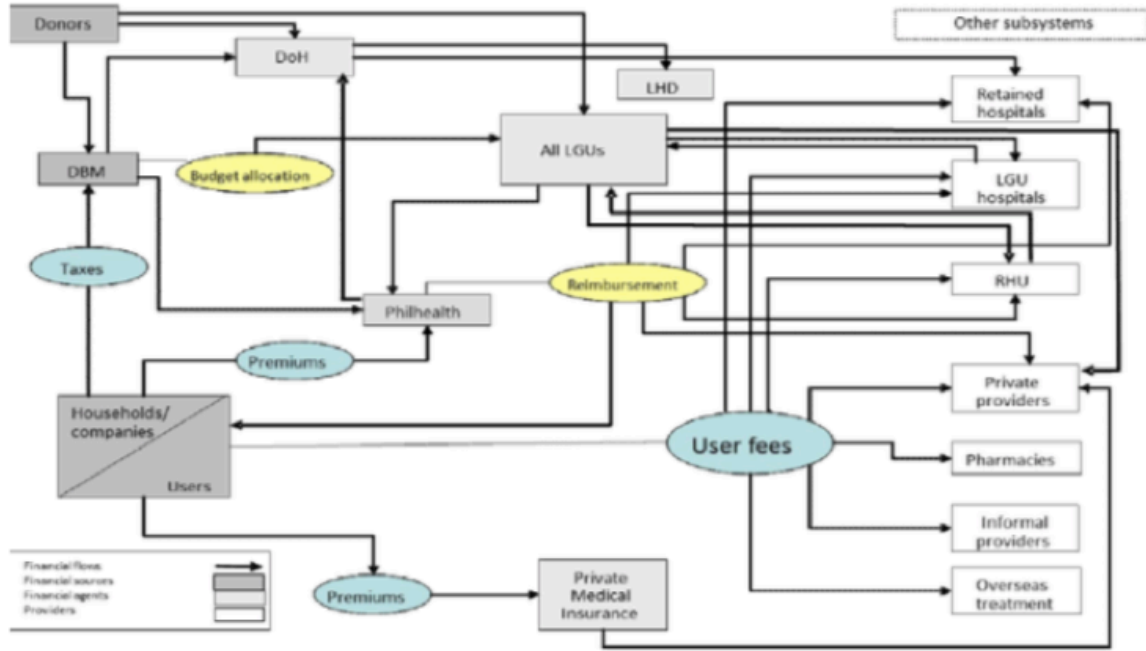
DSÖ'nün *Filipinler Sağlık Sistemi İnceleme Raporu*'ndan alınan Tablo 27 sağlık hizmetlerinin sunum ve finansman yapısını göstermektedir.

Tablo 27. Sağlık Hizmetlerinin Sunum ve Finansman Yapısı¹⁴

Rol	Halk Sağlığı	Kişisel hizmetler		
	Toplum temelli hizmetler	Hizmet seviyesi		
Hizmet sunucu	Sağlık Departmanı Yerel hükûmetler	Birinci basamak	İkinci basamak	Üçüncü basamak
		Belediye & şehir hükûmetleri	Belediye & şehir hükûmetleri	Ulusal hükûmet
Ödeme yapan kurum	Sağlık Departmanı Yerel hükûmetler	Belediye & şehir hükûmetleri	Belediye & şehir hükûmetleri	Ulusal hükûmet
Fon kaynakları	Yerel hükûmetlere gelir tahsisi yapan Genel Tahsisat Yasası (vergi temelli)	• Yerel hükûmetlere gelir tahsisi yapan Genel Tahsisat Yasası - 30%		
		• PhilHealth - 14%		
		• Cepten yapılan harcama - 56%		

49 Republic of the Philippines Department of Health. "Towards Better Health For All Filipinos: Universal Health Care Law Signed". Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://www.doh.gov.ph/press-release-towards-better-health-for-all-Filipinos-UHC-signed-into-law>

Filipinler’de sağlık finansman akışı Sağlık Departmanı tarafından hazırlanan aşağıdaki şemada görülmektedir (Şekil 4).



Şekil 4. Filipinler’de Sağlık Finansman Akışı²⁴

Kaynaklarda Filipinler’de ve BARMM’de sağlık harcamalarıyla ilgili yeterli veri bulunamamıştır. Var olan verilerle hazırlanan tablo kamu ve özel sektörde sağlık harcaması ile sağlık güvencesi hususunda bilgiler içermektedir (Tablo 28).

Tablo 28. Sağlık Harcamaları^{9, 14, 17, 50}

Toplam Sağlık Harcaması	Filipinler	BARMM
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH’ye Oranı (%)	4,7 (2014)	-
Kişi Başı Sağlık Harcaması (ABD \$)	329 (2014)	-
Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP \$)	-	-
Kamu Sağlık Harcaması		
Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	34,3 (2014)	-
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (ABD \$)	-	-
Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması (SGP \$)	-	-
Özel Sektör Sağlık Harcaması		
Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	65,7 (2014)	-
Cepten Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	53,7 (2014)	-
Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (ABD \$)	-	-
Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (SGP \$)	-	-

50 World Health Organization. “Nutrition Landscape Information System (NLIS). NLIS Country Profile: Philippines”. Erişim Tarihi: Temmuz 23, 2019. <http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx?iso=phl>

Sağlık Güvence Sistemi		
Sağlık Güvencesi Kapsamındaki Nüfus (%)	68,3 (2017)	50,4 (2017)
PhilHealth Kapsamındaki Nüfus (%)	65,8 (2017)	50,2 (2017)
Hükûmet Hizmetleri Sigorta Sistemi Kapsamındaki Nüfus (%)	2,5 (2017)	1,8 (2017)
Sosyal Güvenlik Sistemi Kapsamındaki Nüfus (%)	21,8 (2017)	0,9 (2017)
Özel Sağlık Sigortası Kapsamı (%)	2,3 (2017)	0,1 (2017)

Yerleşme ile sağlık hizmeti sunumunun finansmanından da sorumlu olan LGU'nun sağlık harcamalarına ilişkin veriler Tablo 29'da yer almaktadır.

Tablo 29. Belediye ve Şehirlerin Sağlık Harcamalarının Genel Harcamalara Oranı 2013-2017⁸

	Basilan	Lanao del Sur	Maguindanao	Sulu	Tawi Tawi	BARMM	Filipinler
Belediyeler	% 1,7	% 0,7	% 5,2	% 1,0	%1,6	% 1,5	% 8,6
Şehir	Lamitan % 5,0	Marawi % 3,9 (2013-2016)	-	-	-	% 4,5	% 10,8

3.3.3 BARMM'de Sağlık Hizmeti Altyapısı

Sağlık Bakanı'na göre BARMM'de sağlık alanındaki en öncelikli sorunlar arasında her basamakta sağlık tesisi sayısının yetersiz olması ve mevcut tesislerde de teknik malzeme eksikliği yaşanması bulunmaktadır (Dr. Saffrullah Dipatuan, BARMM Sağlık Bakanı, kişisel görüşme, 4 Ağustos 2019). SBÜ ekibinin gözlemleri ve sağlık çalışanlarıyla yapılan konuşmalar sahada da tesis ve ekipman eksikliğini ciddi şekilde hissedildiğini teyit etmektedir.

Tablo 30. Sağlık Hizmeti Sunan Kamu, Özel Hastane ve Kurumlar (2016)^{14,51}

	Devlet hastanesi	Askerî Hastane	Özel Hastane	Kırsal Sağlık Birimi (RHU)	Barangay Sağlık İstasyonu (BHS)
BARMM	18*	1	7	131	464
Filipinler	434	31	790	2,587	20,216

*Dünya Bankasının Sağlık Bakanlığından aldığı verilere göre 2018'de ARMM'deki devlet hastanesi sayısı 28'dir.⁸

Tablo 31. 100.000 Kişiye Düşen Teknik Malzeme ¹⁴

	CT	X-ray	Mamografi	MRI
Mindanao	5,6	26	-	0,3
Filipinler	4,2	46	22,2	0,8

51 "Almanac, Republic of the Philippines" Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://military-medicine.com/almanac/101-philippines-the-republic-of.html>

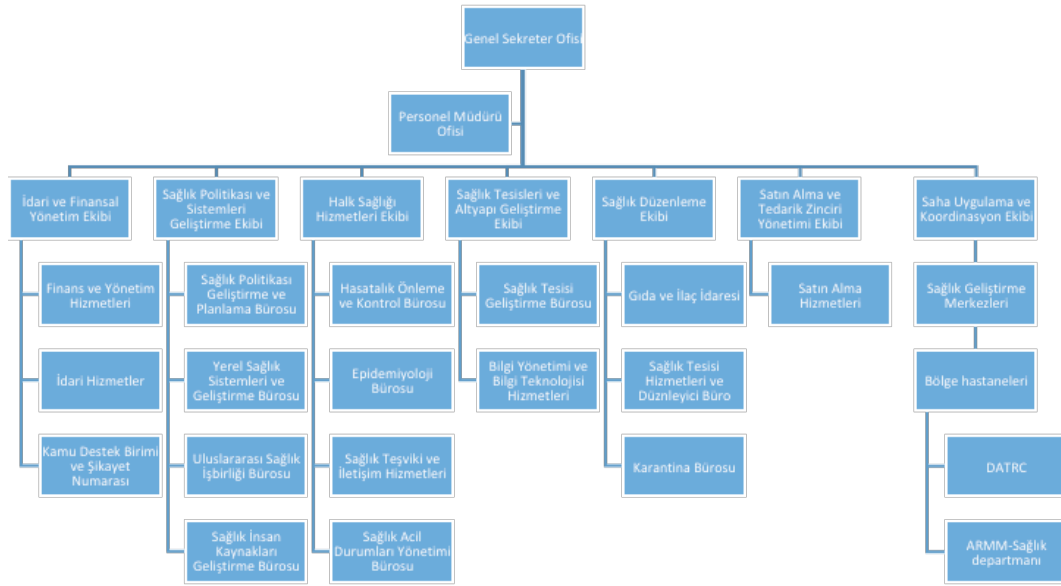
BARMM'de sağlık iş gücü yetersiz olmasına rağmen sağlık personeli yetiştiren okul sayısı sınırlıdır.

Tablo 32. Sağlık Okulları⁵²

	Tıp fakültesi (devlet)	Tıp fakültesi (özel)	Hemşirelik	Ebelik
BARRM	1 (2018)	0 (2019)	6 (2019)	1 (2019)
Filipinler	8 (2018)	0 (2019)	-	-

3.3.4 Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı

Filipinler Sağlık Departmanı Merkez Teşkilat Yapısı şeması aşağıda görülmektedir. Bakanlıkların bulunmadığı DOH, sağlık alanında ulusal düzeyde lider kurumdur. DOH merkez ofisinde politika geliştirme, program planlama, standartlar oluşturma ve düzenleme ve yönetim destek hizmetlerinden sorumlu 18 büro ve hizmet vardır. Ayrıca DOH'un LGU'ya teknik destek sağlamak ve saha operasyonlarını izlemek amacıyla 17 bölgenin her birinde bir bölgesel sağlık ofisi bulunmaktadır.^{14,23}

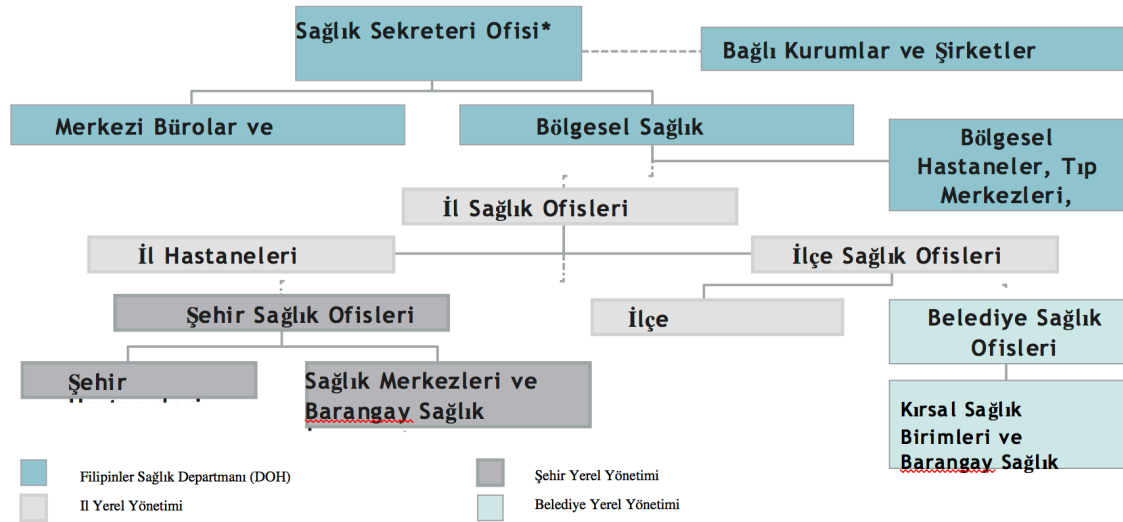


Şekil 5. Filipinler Sağlık Departmanı Merkez Teşkilat Yapısı⁵³

Yerel düzeyde doğrudan sağlık hizmetleri sunumundan LGU sorumludur. Vali yönetimindeki il idaresi; il ve ilçe hastanelerini yönetirken belediyeler de belediye başkanı liderliğinde birinci basamak hizmet sunan RHU ve BHS'leri yönetir. Şehir hükümetleri; idareleri altındaki şehir hastaneleri, tıbbi merkezler, sağlık merkezleri ve BHS'lerin yönetiminden sorumludur. Her il, şehir veya belediyede bir yerel sağlık kurulu vardır. Bu kurul yerel idareciye ve konseye danışmanlık yapar. DOH'un temsilcileri de bu kurulda yer alır.¹⁴

52 Republic of the Philippines Office of the President Commission on Higher Education. "List of State Universities/Colleges Offering Doctor of Medicine: AY 2017-18". Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. <https://ched.gov.ph/list-of-state-universities-colleges-offering-doctor-of-medicine-ay-2017-18/>

53 Republic of the Philippines Department of Health. "DOH Organizational Chart". Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2019. https://www.doh.gov.ph/DOH_organizational_chart

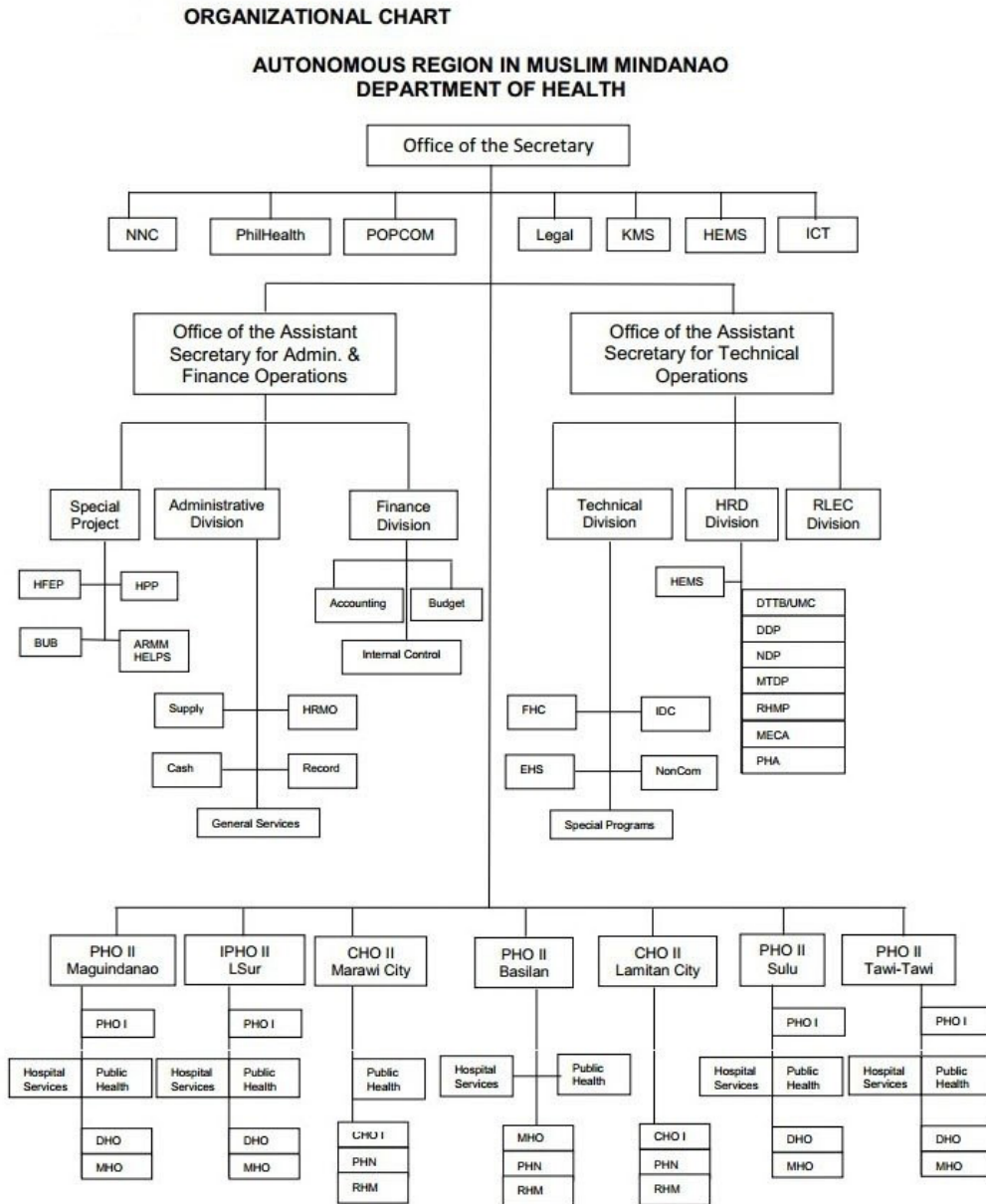


Şekil 6. Filipinler’de Sağlık Hizmeti Sunumunun Yerelleşmesi¹⁴

*Filipinler’de ulusal sistemde bakanlıklar olmadığından Sağlık Departmanı Sağlık Bakanı yerine Sağlık Sekreteri tarafından yönetilmektedir.

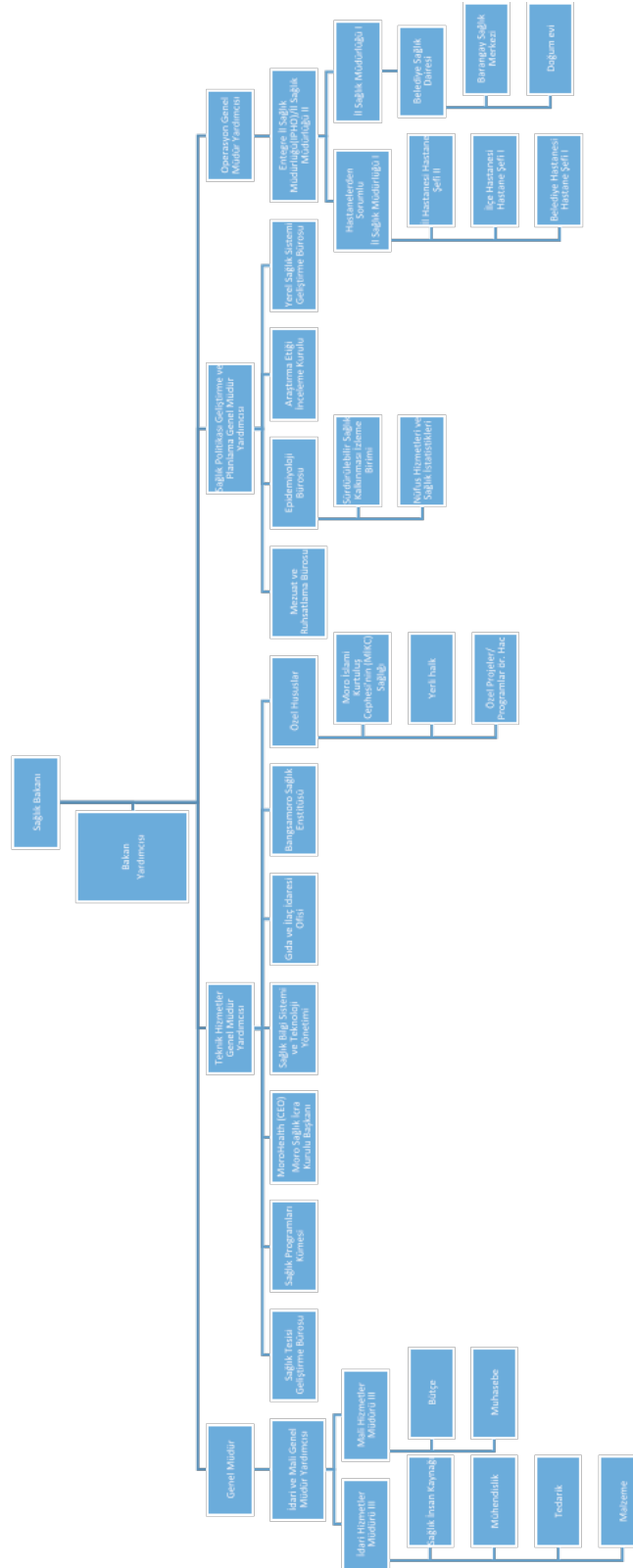
Şekil 6’da verilen şema DOH, il, şehir ve belediyelerde sağlık yapılanmasını göstermektedir. Bu yapıda Merkezi Büro ve Hizmetler, Bölgesel Sağlık Ofisleri, Bölge Hastaneleri, Medikal Merkezler ve Senatoryumlar Ulusal Sağlık Departmanına İl Sağlık Ofisleri, İl Hastaneleri, İlçe Sağlık Ofisleri ve İlçe Hastaneleri İl Yerel İdaresine; şehirlerdeki Şehir Sağlık Ofisleri, Şehir Hastaneleri ve Sağlık Merkezleri, Barangay Sağlık İstasyonları Şehir Yerel İdaresine; ilçelerdeki Belediye Sağlık Ofisleri, Kırsal Sağlık Birimleri ve Barangay Sağlık İstasyonları da belediyeye bağlıdır.¹⁴ Yetkinin merkezi olarak toplanmaması hizmetlerin sürekliliği ve koordinasyon açısından sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır. Sağlık Departmanı ülke çapında yaklaşık 48 hastanenin işletilmesinden sorumludur (Sacha Bootsma, DSÖ, Teknik Uzman, kişisel görüşme, 1 Ağustos 2019).

BARMM: Ocak 2019’dan önce ARMM’de beş ili kapsayan bölgesel bir DOH bulunuyordu. DOH’un liderliğini de Bölge Valisi’nin altında yer alan Bölgesel Sağlık Sekreteri yürütmekteydi. Bölgesel DOH özerk bölgedeki il, şehir ve belediye sağlık ofisleri ile il ve ilçe hastanelerinin yönetiminden sorumluydu.¹⁴ ARMM Bölgesel DOH’un organizasyon şeması aşağıda verilmiştir. (Şekil 7)

Şekil 7. ARMM Sağlık Departmanı Organizasyon Şeması⁵⁴

BARMM'nin kabulüyle bölgesel Sağlık Departmanı (DOH), Sağlık Bakanlığına dönüştürülmüştür. Ülkede yürütülen başkanlık sisteminin aksine parlamenter sistemi benimseyen BARMM'de, Sağlık Bakanlığı sağlık örgütlenmesini yeni oluşturulan sisteme uyumlu hâle getirmek ve idari personel sayısını ihtiyaca cevap verecek şekilde arttırmak için çalışmalar yürütmektedir (Dr. Saffrullah Dipatuan, BARMM Sağlık Bakanı, kişisel görüşme, 4 Ağustos 2019). Bangsamoro Kalkınma Ajansı tarafından önerilen Sağlık Bakanlığı organizasyon şeması Şekil 8'de verilmiştir.

54 Autonomous Region in Muslim Mindanao Department of Health. "Organizational Chart." Erişim Tarihi: Temmuz 20, 2019. http://armm.doh.gov.ph/images/images/Organizational_Chart.jpg

Şekil 8. Bangsamoro Kalkınma Ajansı'nın BARMM Sağlık Bakanlığı İçin Teklif Ettiği Organizasyon Şeması⁵⁵

55 Comprehensive Bangsamoro Health Development Plan, 4th ed. Sherjan P. Kalim, MD, FPSP, MHCa

3.3.5 Temel Sağlık Hizmetleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Örgütlenme Şekli

Filipinler, 1979 yılından 2000 yılına kadar tüm vatandaşların sağlığa erişimini hedefleyen birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşımını benimsedi ve 1983 yılında halk sağlığı ve hastane hizmetlerini entegre eden bir yasa çıkardı (EO 851). 1991'de Yerel Hükûmet Yasası ile sağlık hizmetleri sunumu LGU'ya devredildi. Hâlen birinci basamak sağlık hizmetlerinden belediye başkanları ve şehir idarecileri sorumludur.²⁴

Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri hastaların ilk temas noktası genellikle RHU ve bunlara bağlı BHS'lerdir. Ülke genelinde 2.587 RHU ve 20.216 BHS bulunur. Bir RHU'da Belediye Sağlık Müdürü rolünü de yürüten bir doktor bulunur. Genellikle her belediyede bir RHU bulunur. RHU'lar için bir standardizasyon olmamakla birlikte bu tesisler birinci basamak sağlık hizmeti sunar. PhilHealth tarafından anne çocuk sağlığı, doğum, sıtmayla mücadele, TB için DGT gibi belirli hizmetleri sunabilmek için akreditasyon alabilirler. BHS; bir ebe ve barangay sağlık çalışanının istihdam edildiği, RHU'ya bağlı çalışan, gebe-lohusa izlem, 5 yaş altı çocuk izlem, akut hastalıkların tedavisi, TB'nin doğrudan gözetimli tedavisi gibi hizmetlerin sunulduğu sağlık tesisleridir.¹⁴

Barangay sağlık çalışanı, devlet veya devlet dışı akredite bir kurumun programlarını tamamlayıp Sağlık Departmanı tarafından yürürlüğe konan kılavuzlara göre yerel sağlık kurulu tarafından denklik verildikten sonra gönüllü olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan kişilerdir. Bu çalışanlar 5 yaş altı çocukların boy-kilo ölçümü, kayıtların tutulması, halkın eğitim için mobilizasyonu, aşılama gibi hizmetlerin sunumunda ebelere destek olurlar. Filipinler'de 2009 itibarıyla kayıtlı 196,562 barangay sağlık çalışanı hizmet vermektedir.⁵⁶

Ulusal hükûmetin yürüttüğü dört halk sağlığı programı mevcuttur:

1. Bağışıklama
2. Anne sağlığı
3. Verem
4. Sıtma

Ulusal hükûmet bu programlar kapsamında gerekli ürünleri yerel hükûmetlere temin eder. LGU'nun sağlık yönetimi kapasitesini arttırmaya yönelik çalışmalar yapar.¹⁴

2016 verilerine göre ARMM'de toplam 131 RHU bulunmaktadır. 30.743 kişilik nüfusa 1 RHU düşmektedir, bu da ulusal standardın (20.000 nüfusa 1 RHU) çok altındadır.⁸ RHU yoğunluğunun illere göre dağılımı aşağıdaki Tablo 33'te verilmiştir.

56 Republic of the Philippines Department of Health. "What Is The Number Of BHWs Nationwide?" Erişim Tarihi: Temmuz 23, 2019. <https://www.doh.gov.ph/node/883>

Tablo 33. Kırsal Sağlık Birimi Başına Düşen Nüfus Sayısı (2016)⁸

	Basilan	Lanao del Sur	Maguindanao	Sulu	Tawi Tawi	Lamitan Şehri	BARMM
RHU/nüfus oranı	1/22,650	1/26,806	1/31,728	1/43,407	1/27,908	1/37,391	1/30,743

Dünya Bankasının BARMM'de bulunan 123 RHU'da yaptığı araştırmaya göre BARMM içerisinde temel altyapıya sahip RHU oranı % 68,9'dur. Ancak iller arası dağılımda eşitsizlikler mevcuttur. Tablo 34 RHU'ların sahip olduğu temel altyapı hizmetlerinin illere göre dağılımını vermektedir.

Tablo 34. Kırsal Sağlık Birimi (RHU)'lerinde Altyapı Hizmetleri Bulunma Yüzdesi⁸

Altyapı hizmeti	Basilan	Lanao del Sur	Maguindanao	Sulu	Tawi Tawi	Lamitan şehri	BARMM
Elektrik	33,3	51,3	78,4	89,5	92,9	100,0	69,1
İyileştirilmiş su	91,7	92,3	89,2	84,2	92,9	100,0	90,2
Yeterli sıhhi tesis	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
İletişim ekipmanı	16,7	25,6	59,5	31,6	92,9	100,0	44,7
İnternete bağlı bilgisayar	8,3	25,6	59,5	26,3	21,4	50,0	34,1
Acil nakil	58,3	59,0	81,1	84,2	35,7	100,0	67,5

İllere göre RHU'larda temel tıbbi malzemelerin mevcudiyet oranı Tablo 35'te verilmiştir.

Tablo 35. RHU'larda Temel Tıbbi Malzemelerin Bulunma Yüzdesi⁸

	Basilan	Lanao del Sur	Maguindanao	Sulu	Tawi Tawi	Lamitan şehri	BARMM
Baskül	100,0	92,3	100,0	94,7	100,0	100,0	96,7
Çocuk baskül	50,0	28,2	67,6	47,4	92,9	100,0	53,7
Termometre	100,0	89,7	97,3	89,5	100,0	100,0	94,3
Stetoskop	100,0	87,2	100,0	89,5	100,0	100,0	94,3
Tansiyon aleti	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Işık kaynağı	66,7	69,2	86,5	68,4	92,9	100,0	77,2

Dünya Bankasının araştırmasında yer alan 123 RHU'nun %52'sinde standart tanı testleri (hemogloblin, kan şekeri, sıtma, idrarda protein ve şeker, HIV tanı, sifilis, gebelik testi) bulunduğu raporlanmıştır. Hiçbir merkezde HIV ve sifilis testi bulunmamıştır, nedeni bu testlerin genellikle başka kliniklerde sunulması olabilir. Temel ilaçların mevcudiyet oranı ise daha düşüktür, RHU'ların sadece %31,6'sında temel ilaçların hepsi mevcuttur. Enfeksiyonların önlenmesi için standart önlemlerin (kesici delici aletlerin güvenli bertarafı, dezenfektan, eldiven, atık yönetimi gibi) bulunma oranı % 77,3'tür.⁸

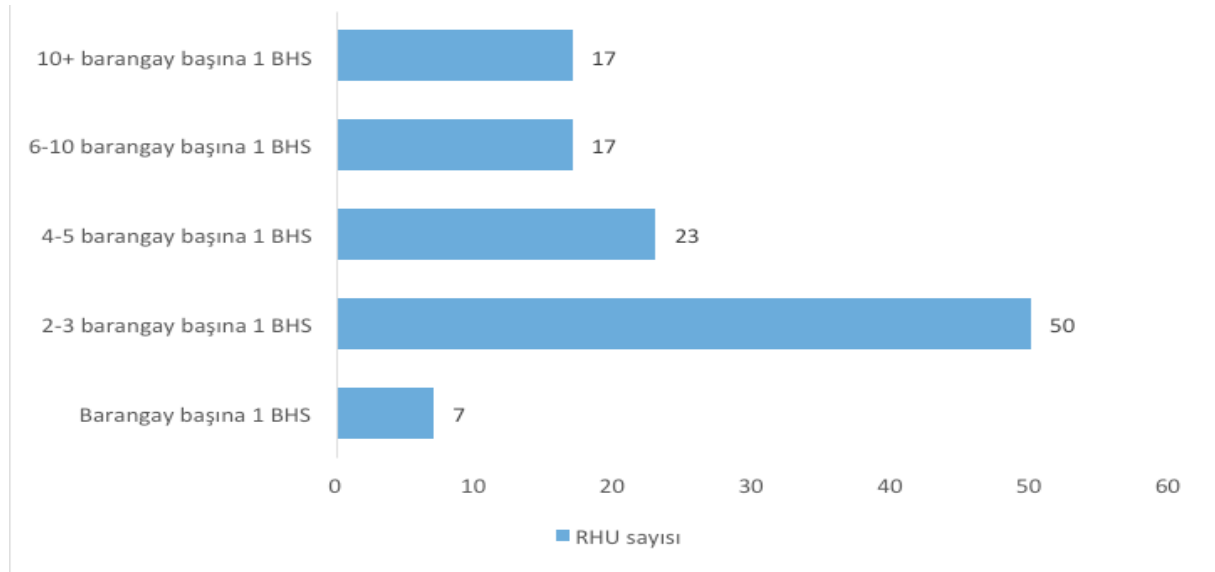
SBÜ ekibi tarafından ziyaret edilen ve 25.000 nüfusa hizmet veren bir RHU'nun gebe-lohusa izlem, 5 yaş altı çocuk izlem, poliklinik, aşılama, aile planlaması, beslenme, danışmanlık, yenidoğan tarama, çevre sağlığı ve sanitasyon hizmetleri sunduğu gözlemlenmiştir. Merkezde 1 doktor, 6 ebe, 1 tıbbi teknoloji çalışanı, 1 sanitasyon çalışanı, 1 laborant, 2 smear çalışanı yer almakta idi. Belediye'de 11 barangay olmasına rağmen RHU'ya bağlı 7 BHS bulunmakta, ebeler 3 geleneksel ebe ve 17 barangay sağlık çalışanının destekleriyle mobil hizmet sunmaktaydı.

BARMM Sağlık Bakanlığı verilerine göre illerdeki BHS sayıları ve nüfusa oranı aşağıdaki Tablo 36'da verilmiştir.

Tablo 36. Barangay Sağlık İstasyonu (BHS) Sayıları ve Nüfusa Oranları (2018) ¹³

	Barangay sayısı	BHS sayısı	BHS/Nüfus oranı
Basilan	165	104	1:2.867
Lanao del Sur	1.063	138	1:6.511
Maguindanao	508	229	1:5.783
Sulu	410	93	1:9.574
Tawi Tawi	203	71	1:5.701
Lamitan Şehri	45	33	1:2.486
Marawi Şehri	96	15	1:14.326
BARMM	2.490	683	1:6.022

ARMM Sağlık Departmanı her barangayda bir BHS olmasını öngörmektedir ancak bir BHS'nin hizmet verdiği barangay sayısı 10'a kadar çıkabilmektedir. Aşağıdaki grafikte 2016 yılında ARMM'de Kırsal Sağlık Birimlerine bağlı Barangay Sağlık İstasyonlarının hizmet verdiği barangay sayısı verilmiştir (Şekil 9). Buna göre 7 RHU, kendine bağlı her barangayda bir BHS olduğunu belirtmiştir. Diğer RHU'lara bağlı barangaylarda ise birkaç barangay başına bir BHS düşmektedir.



Şekil 8. Barangay Sağlık İstasyonları (BHS) Başına Düşen Barangay Sayıları ⁸

SBÜ uzman ekibinin ziyaret ettiği ve 6.891 kişilik nüfusa hizmet veren bir BHS'de bir ebe ve bir barangay sağlık çalışanı bulunmaktadır. İstasyonda gebe-lohusa izlem, aile planlaması, basit akut hastalıkların tedavisi, aşılama, 5 yaş altı izlem, TB için doğrudan gözetimli tedavi gibi hizmetler sunulmaktadır. Laboratuvar testleri, doğum, antibiyotik gerektiren hastalıklar için hastalar kırsal sağlık birimine sevk edilmektedir. 5 yaş altı izlemin kayıtları elektronik ortamda tutulmaktadır. Verilen hizmetler ile ilgili bilgiler düzenli olarak RHU'ya raporlanmaktadır.

3.3.6 İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Örgütlenmesinin Özellikleri ve Hastanelerin Durumu

Filipinler'de hastaneler ve diğer sağlık tesisleri, genel veya özel tesisler olup olmadığına ve hizmet yeteneklerine göre sınıflandırılmaktadır.

Genel sağlık tesisleri her türlü hastalık veya yaralanma için hizmet sunar. Özel sağlık tesisleri ise özel klinik bakım ve yönetim, yardımcı ve destek hizmetleri vermektedir.

Tüm hastanelerin temel klinik, idari, yardımcı ve hemşirelik hizmetleri vardır. Hastaneler hizmet kapasitelerine göre üçe ayrılır:

Seviye 1 hastaneler: Acil bakım ve tedavi, genel idari ve yardımcı hizmetler, bölgedeki yaygın hastalıklar için temel bakım ve genel tıp, pediatri, obstetrik ve cerrahi olmayan jinekoloji ve küçük cerrahi gibi klinik hizmetleri sağlar. İlçe hastaneleri ve belediye hastaneleri bu kategoride yer alır ve yerel idare tarafından işletilir. Ülkedeki hastanelerin %64'ü Seviye 1 hastaneleridir. Bu hastanelerin ortalama yatak kapasitesi 41'dir.

Seviye 2 hastaneler: 24 saat veya daha uzun süre hemşireler tarafından orta, orta ve kısmi denetimli bakım gerektiren hastalara hizmet eder. Bu hastaneler, Seviye 1 hastaneleriyle aynı hizmetleri sağlar ancak bunlara ilaveten cerrahi ve anestezi, eczane, birinci seviye radyoloji, ikincil klinik laboratuvar hizmetleri, yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım hizmetleri sunmaktadır. Temel ilçe hastaneleri ve il hastaneleri bu kategoride yer alır. Ülkedeki hastanelerin %26'sını teşkil eder ve ortalama yatak kapasitesi 97'dir.

Seviye 3 hastaneler: Seviye 2 hastanelerde sunulan hizmetlerin yanı sıra diyaliz, kan bankası, cerrahi klinik, fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunan medikal merkezlerdir. Bu hastaneler aynı zamanda dahiliye, pediatri, kadın doğum ve cerrahi alanlarında uzmanlık eğitimi verir. LCU veya DHO tarafından işletilebilir. Ülkedeki hastanelerin %10'u Seviye 3 hastanelerdir. Bu hastanelerin ortalama yatak kapasitesi 318'dir.

Hastanelerin yanı sıra doğum evleri ve psikiyatrik bakım tesisleri gibi başka sağlık tesisleri de mevcuttur.^{14,57}

2016 itibarıyla Filipinler genelinde 101.688 yatak bulunmaktadır, bu yatakların % 53,4'ü özel hastanelerde yer almaktadır.⁸

Filipinler genelinde sağlık tesisleri ve yatakların dağılımında eşitsizlikler görülmektedir. Bölgelerin hastanelere dağılımı açısından, NCR ve Bölge IV-A'da bulunanlar gibi kentsel tabanlı

⁵⁷ Romualdez Jr., Alberto G. et al. "The Philippines Health System Review". Health Systems in Transition. Vol. 1 No. 2 (2011). Erişim Tarihi: Temmuz 25, 2019. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207506/9789290615583_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

hastaneler, 2005 yılında tüm bölgelerdeki tüm hastanelerin yaklaşık %17'sini oluşturmaktadır. Bu iki bölgedeki hastane yatakları toplamın %36'sıdır. 2005 itibarıyla bölgeler arasında Bölge XIII ve ARMM en az sağlık tesisine ve yatağa sahiptir. ARMM'deki yatak sayısı nüfusa oranla yeterli değildir. ARMM popülasyonu, IX, IV-B ve XIII bölgeleriyle karşılaştırılabilir ancak nüfusa hizmet etmek için sadece 20 hastanesi vardır. ARMM'deki yatak sayısı 2008'de 560'dan 640'a yükselmesine rağmen oran hâlâ Sağlık Bakanlığı standardının çok altında olup 100 kişiye 0,19 yatak düşmektedir. (AIPH, 2008). Eksik yatak sayısı 2.884'dır. ⁵⁶

Tablo 37. ARMM'deki ve Filipinler'deki Hastane ve Yatak Sayıları (2016)⁸

	Devlet Hastanesi	Devlet Hastanesi Yatak Sayısı	Özel Hastane	Özel Hastane Yatak Sayısı	Toplam Hastane	Toplam Yatak Sayısı	Ortalama yatak sayısı
BARMM	18*	715	7	200	25	950	36.6
Filipinler	434	47.371	790	54.317	1.224	101.688	83.1

*Dünya Bankasının Sağlık Bakanlığından aldığı verilere göre 2018'de ARMM'deki devlet hastanesi sayısı 28 idi; ARMM Sağlık Departmanı tarafından işletilen 23 il/ilçe/belediye hastanesi, Basilan il idaresi tarafından işletilen 2 ilçe hastanesi ve Ulusal Sağlık Departmanı tarafından işletilen 3 hastane.

Cotabato şehrinin BARMM'ye dâhil olmasıyla mevcut hastane sayısı artmıştır. 2019 itibarıyla BARMM'de 4 hastane Filipinler Sağlık Bakanlığı tarafından işletilmektedir. Bunlar 3. Seviye tek hastane olan Cotabato Bölgesel Medikal Merkez [Cotabato Regional Medical Center (CRMC)] ile Cotabato, Sulu ve Marawi'de bulunan hastanelerdir. Bir eğitim araştırma hastanesi olan CRMC hem BARMM'ye hem de 12. Bölge'ye hizmet vermektedir (Dr. Helen P. Yambao, CRMC Başhekim, kişisel görüşme, 7 Ağustos 2019). CRMC ve Ulusal Sağlık Departmanı tarafından işletilen diğer bir hastane Cotabato Sanitaryumundan alınan bilgilere göre hastaneler yatak kapasitelerinin çok üzerinde hastaya hizmet vermektedir. Ulusal Sağlık Departmanına bağlı hastanelerin özerklikten sonra BARMM Sağlık Bakanlığına devredilip devredilmeyeceği henüz netlik kazanmamıştır, hastane yöneticileri BARMM'ye mali yük getirmeden nüfusa hizmet sunduklarını ve bu yüzden Sağlık Departmanı tarafından işletilmeye devam etmesi taraftarı olduklarını belirtmişlerdir (Dr. Helen P. Yambao, CRMC Başhekim, kişisel görüşme, 7 Ağustos 2019; Dr. Ibrahim V Pentago, Cotabato Sanitoryum, kişisel görüşme, 6 Ağustos 2019). Ayrıca BARMM Sağlık Bakanlığı kendi idaresinde üç yeni hastane ve bir mobil tanı merkezi kurmayı planlamaktadır (Dr. Saffrullah Dipatuan, BARMM Sağlık Bakanı, kişisel görüşme, 4 Ağustos 2019).

4. SONUÇ

4.1. Tespit Edilen Sağlık Sorunları

Literatür taraması, odak grup görüşmeleri ve derinlemesine mülakatlar ile saha gözlemleri sonucunda BARMM'de tespit edilen sağlık sorunları aşağıdadır:

1. Sağlık sisteminin örgütlenmesinin yerleştirilmesi: Filipinler'de sağlık hizmeti sunumunun bir kısmının il ve belediye yerel idaresine devredilmesi sağlık sisteminin bütüncül ve uyum içinde çalışmasını engellemekte, otorite karmaşasına neden olmaktadır. Ayrıca bu çok başlılık sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve sağlık hizmetleri arasındaki uyumu engellemektedir. Bu nedenle çok kısıtlı olan kaynakların kötü yönetimi sonucu birçok sağlık konusu ihmal edilirken bazı alanlarda kaynak israfına neden olmaktadır.
2. Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatının tam olarak oluşmaması ve bakanlık merkez teşkilatında nitelikli personel yetersizliği, etkili bir sağlık yönetimi mekanizmasının kurulmasını zorlaştırmaktadır. Örneğin Sağlık Bakanlığı merkezde 76 personelle çalışmaktadır. Bakanlığın hedefi çalışan sayısını merkezde 290'a çıkarmaktır.
3. BARMM'de birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin sayısı yetersizdir. Özellikle birinci basamakta her barangayda bir BHS, her belediyede bir RHU olması öngörülse de BHS olmayan barangay sayısı yüksektir. Örneğin Maguindanao'da 580 barangaydan sadece 300 tanesinde BHS vardır. Var olan BHS'lerin fiziki durumu ve içerisindeki ekipmanları tam olsa bile bu sayı bölge için yetersizdir.
4. Sağlıkın tüm basamaklarında ekipman ve ilaç eksikliği mevcuttur.
5. Sağlıkta her alanında sağlık personeli insan kaynağı yetersizdir. Örneğin BARMM Sağlık Bakanlığı merkezde 76, yerelde (il ve belediye) 1.500 personelle çalışmalarını sürdürmektedir. Bu rakamlar diğer bölgelerle kıyaslandığında yetersizdir. Bakanlığın hedefi çalışan sayısını merkezde 290'a, yerelde 4.000'e çıkarmaktır (Dr. Saffrullah Dipatuan, BARMM Sağlık Bakanı, kişisel görüşme, 4 Ağustos 2019). Ayrıca sahada çalışacak personel sayısının artırılması gerekmektedir.
6. BARMM'de tüm aşılama oranları düşüktür. Yeterli aşı tedariki olmaması, mevcut aşıları uygulayacak yeterli sağlık çalışanın bulunmaması ve aşı reddi gibi nedenlerle BARMM'de aşılama oranları ülkeye kıyasla çok düşüktür. (Dr. Saffrullah Dipatuan, BARMM Sağlık Bakanı, kişisel görüşme, 4 Ağustos 2019).
7. BARMM'de anne ve bebek ölüm hızı yüksektir. Bunun nedenleri arasında yeterli sayıda BHS ve RHU olmaması, var olanların fiziki şartlarının veya ekipman donanımlarının eksikliği ile burada çalışan sağlık personelinin niteliksel ve sayısal yetersizliği bulunmaktadır.
8. BARMM halkının sağlık okuryazarlığı düşüktür. Savaş boyunca genel olarak eğitime yatırım azaldığından dolayı sağlık konusunda da farkındalık düzeyi istenilen seviyede değildir.
9. BARMM'de Filipinler'in diğer bölgelerine oranla daha fazla malnütrasyon ve beslenmeye bağlı sağlık sorunları görülmektedir.

10. Su, sanitasyon ve hijyen sorunu büyüktür. BARMM'da iyileştirilmiş su ve sıhhi tesislere erişim kısıtlıdır.
11. Sağlıklı veri eksikliği mevcuttur. BARMM'de sağlık konusunda güvenilir verilere erişimde sıkıntı yaşanmıştır. DSÖ ve UNFPA tarafından Ulusal Sağlık ve Demografi Anketi'nin en güvenilir kaynak olduğu belirtilmiştir bu ankette BARMM ile ilgili detaylı veri bulunmamaktadır. Raporda kullanılan kaynaklarda zaman zaman birbiriyle çelişen veriler yer almıştır.

4.2. Çözüm Önerileri

Yukarıda bahsi geçen bu sorunlara yönelik çözüm önerileri aşağıdadır:

1. Sağlık sisteminin örgütlenmesinin yerelleştirilmesine yönelik çözüm önerileri:
 - a. BARMM'de sağlıkla ilgili bütün faaliyetlerde BARMM Sağlık Bakanlığının tek otorite olarak kabul edilmelidir.
 - b. Sağlıkla ilgili tüm yasal düzenlemeler, kontroller, denetim ve yönetim faaliyetleri BARMM Sağlık Bakanlığınca yerine getirilmelidir.
2. Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatının tam olarak oluşmaması ve bakanlık merkez teşkilatına nitelikli personel yetersizliğine yönelik çözüm önerileri:
 - a. Filipin Merkez Hükümeti sağlık örgütlenmesi ve deneyimleri ile yerel sorunlar dikkate alınarak BARMM Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı, taşra teşkilatları ve (olacaksa) bağlı kuruluşlar belirlenmeli ve bu görevlerde çalışacaklara hizmet içi eğitimler verilerek kurumsal kapasite artırılmalıdır.
 - b. BARMM'de sağlığın bir çatı altında toplanmasıyla zaten kısıtlı olan insan ve alt yapı kaynakları daha etkin kullanılarak ve halka daha etkin hizmet verilebilir. Ayrıca bu çözümle yetki kargaşası da ortadan kaldırılacaktır. Birçok gelişmiş ülkede olduğu gibi BARMM Sağlık Bakanlığı sağlık alanındaki sorunların çözümünde sorumlu ve yetkili tek muhatap kurum hâline gelmelidir.
 - c. BARMM Sağlık Bakanlığı örgütlenme modelinde bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve acil sağlık hizmet sunumu gibi bazı konularda bölgedeki mortalite ve morbidite nedenleri, hastalıkların mevsimsel değişiklikler ile ilişkisi ve bölgenin fazla sayıda adalardan oluşması gibi faktörleri dikkate alınmalıdır. Belki anakara ve adalarda ulaşımın farklı olması ve mevsimsel değişiklikler göz önünde bulundurularak farklı düzenlemeler yapılabilir.
3. BARMM'de birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin sayısının yetersiz olmasına yönelik çözüm önerileri: BARMM'de maalesef tüm aşamalarda sağlık yapıları yetersizdir. Kaynakların sınırlı olması nedeniyle iyileştirmeye birinci basamak sağlık tesislerinin güçlendirilmelerinden başlamak daha doğru olacaktır. Öncelikle barangaylarda mevcut değilse BHS'nin açılması, var olan ancak bakıma ihtiyacı olan veya donanım eksikliği olan istasyonların da eksiklerinin giderilmesi önemlidir. Birinci basamakta hizmet edecek yeterli sayıdaki BHS ve EHU, tedavi edici ikinci ve üçüncü basamak hizmet veren sağlık tesislerinin yoğunluğunun azaltılmasına da katkı sağlayacaktır.

4. Sağlıkın tüm basamaklarında ekipman ve ilaç eksikliğinin azaltılmasına yönelik çözüm önerileri: Önem sırasına göre eksik ekipman temininde Sağlık Bakanlığının olaya müdahil olması, büyük alımların Sağlık Bakanlığınca organize edilmesi kaynak israfını önleyecek ve dağılımın hakkaniyetle olmasını sağlayacaktır. Belki bu işlemler için BARMM Sağlık Bakanlığı bünyesinde satın alma ve lojistik birimler oluşturulmalıdır.
5. Sağlıkın her alanında insan kaynağı yetersizliğine yönelik çözüm önerileri: Özellikle sahada (BHS ve RHU) çalışacak sağlık personeli sayılarını arttırmak için BARMM'de sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumu sayısı artırılmalıdır. Öğrenciler sağlık alanına yönlendirilmeli ve bu alanda burslar verilmelidir. Kısa vadede kısa dönemli sertifika programları, meslek liseleri, orta vadede meslek yüksekokulları ve ileri dönemde tıp fakülteleri sağlık insan kaynağı alanındaki açığın kapatılmasına katkı sağlayabilir. Eğitimlerde özellikle sahada ihtiyaç duyulan alanlara ağırlık verilmelidir. Ayrıca eğitim sonrası bazı meslekler ile Bakanlık bünyesinde istihdam edilen personelin kırsal bölgelerde görevlendirilmesi için mecburi hizmet ve nakdî teşvik kullanılabilir.
6. BARMM'de tüm aşılama oranlarının artırılmasına yönelik öneriler: BARMM Sağlık Bakanlığı tarafından tüm bölgeye aşı tedarikinin ve yeterli personelin sağlanması, bu alanda çalışacak olan personel eğitiminin ve soğuk zincir ekipmanının standardize edilmesi ve takip edilmesi, aşı reddini azaltmak için halka doğru bilgilendirmenin yapılması ve halkın sağlık okuryazarlığını arttıracak çalışmaların yapılması gereklidir.
7. BARMM'de yüksek anne ve bebek ölüm hızı konusunda çözüm önerileri:
 - a. BARMM'nin tüm illerinde nüfusa göre yeterli donanım ve sayıda tam teşekküllü BHS'ler ve RHU'lar açılmalıdır. Var olan ancak fiziki olarak uygun olmayan ve ekipman ile nitelikli insan eksikliği olan BHS ve RHU'ların tam teşekküllü ve çalışır hâle getirilmelidir.
 - b. BHS ve RHU'larda nitelikli ve yeterli sayıdaki sağlık personeli tarafından yapılacak gebe, lohusa ve yenidoğan izlemi, anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasına katkı sağlayacaktır.
 - c. Doğum kliniği ve doğum yapılan RHU sayısının artırılması ve bu merkezlerde yeterli ekipman ve 7/24 nitelikli sağlık personeli olmasının sağlanması, bu tesislerin erişilebilir olması, halkın anne ve çocuk sağlığı konusunda bilinç düzeyini ve sağlık hizmetlerini kullanım oranını arttıracak çalışmalar yapılması uygulanabilecek çalışmalardır.
 - d. Doğum yapılan tesis sayısı yeterli düzeye ulaşana kadar evde doğumlarda hijyenin artırılması ve sağlık personelinin evde doğum için mobilizasyonu sağlanabilir.
8. BARMM halkının sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik öneriler: Halkın sağlık okuryazarlığı artırılarak başta anne çocuk sağlığı olmak üzere bulaşıcı hastalıklardan korunma, bağışıklama ve hijyen teşviki programları yürütülmelidir. Bunun için barangay sağlık çalışanı ve gönüllülerin ev ziyaretleri ile halka yönelik sağlık teşviki çalışmaları yapmaları sağlanabilir. Hâlihazırda mevcut Bangsamoro Kalkınma Ajansı gönüllüleri ve MILF gönüllüleri bu alanda gönüllü eğitimci olabilir. Ayrıca kitle iletişim araçlarıyla halka ve okullarda yapılacak programlarla çocuk ve gençlere sağlık mesajları verilebilir.

9. BARMM'de Filipinler'in diğer bölgelerine oranla daha fazla malnütrisyon ve beslenmeye bağlı sağlık sorunları görülmesi: Sağlık okuryazarlığını arttıracak eğitim çalışmalarıyla doğru ve dengeli beslenme konusunda farkındalık oluşturulabilir. BHS'lerde, 5 yaş altı çocuklar ile gebe ve emziren kadınlara yönelik destekleyici besin programına tüm bölgede erişim sağlanmalıdır. Bunun için Barangay sağlık çalışanı ve gönüllülerine eğitimler verilebilir. Bunların yapacakları ev ziyaretleriyle halka yönelik sağlık teşviki çalışmaları yapmaları sağlanabilir. Ayrıca kitle iletişim araçlarıyla halka yönelik programlar ve okullarda yapılacak programlarla sağlıklı ve dengeli mesajlar verilebilir.
10. Su, sanitasyon ve hijyen sorununun giderilmesine yönelik öneriler: İyileştirilmiş su ve yeterli sanitasyon için gerekli altyapı coğrafi şartlar göz önünde bulundurularak kurulmalıdır. Açıkta dışkılamanın sonlandırılması için tuvalet inşası ve halk arasında bilinçlendirme çalışmaları yürütülmelidir. Hâlihazırda UNICEF, Bakanlık, belediyeler ve STK'lar ile birlikte bu konuda yürütülen çalışmalar desteklenmelidir. Ayrıca gönüllüler, kitle iletişim araçları, millî eğitimin ve dinî otoritelerin de içinde olacağı bir oluşum başlatılabilir. Sağlık Bakanlığı bu konuda lider rol üstlenmelidir.
11. Sağlıklı veri eksikliğinin giderilmesine yönelik öneriler: Sağlıkta iyi bir planlama için sağlıklı veriye ulaşmak çok önemlidir. Sağlık sisteminin en küçük birimi olan BHS'den bölgesel referans hastaneye kadar sağlık alanında yapılan veya yapılamayan tüm faaliyetler kayıt altına alınmalıdır. Sağlık Bakanlığı BARMM'nin her bölgesinde veri toplanması, raporlanması ve analizini sistematik hâle getirmeli, bunun için bakanlık bünyesinde yeterli sayıda ve nitelikte personel istihdam edilmeli, gerekirse hizmet içi eğitimlerle kurumsal kapasiteler artırılmalıdır.

Türk kurum ve kuruluşlar BARMM'de sağlığın geliştirilmesi çabalarına katkı sağlayabilir. Bu bağlamda kamu kurum ve kuruluşları sağlık sistemi konusunda üst düzey tecrübe paylaşımının yanı sıra sağlık çalışanlarına yönelik eğitimler ve sağlık alanında verilecek burslarla insan kaynakları kapasitesinin geliştirilmesine destek sağlayabilir.

Üniversiteler sağlık örgütlenme modeli oluşturma ve eylem planı hazırlama konusunda Sağlık Bakanlığına destek olabilir; eğitim kurumsal kapasiteyi arttırabilir. Ayrıca sağlık çalışanlarına yönelik kapasite arttırma eğitimleri, BARMM'de sağlık meslek okulları kurulumu veya mevcut eğitim kurumlarıyla iş birlikleri yapılarak sağlık personeli yetişmesine katkıda bulunabilir.

Sivil toplum kuruluşları ayrıca sağlık tesisi ve sıhhi tesislerin fiziksel altyapısının oluşturulması ve sağlık alanında eğitim gören öğrencilere burs sağlanması yoluyla BARMM'de sağlık sorunlarının çözümüne bir adım daha yaklaşabilir.



www.kizilay.org.tr