

# Unentbehrliche Arzneimittel und Basis- gesundheitsprogramme in den Philippinen

## Die Geschichte der Basisgesundheitsprogramme

Das philippinische Gesundheitssystem ist aufgrund der ein halbes Jahrhundert währenden formalen kolonialen Besetzung eng an das der Vereinigten Staaten angelehnt. Das System betont "freie Marktkräfte" und die Vorherrschaft des Privatsektors. Die Regierung führte bis zur Verabschiedung des Republikgesetzes 1161 von 1957, welches Pensionen und Leistungen für Tod und Arbeitsunfähigkeit vorsieht, kein Sozialversicherungssystem ein. Erst 1969 wurde in den Philippinen ein staatliches Krankenversicherungssystem eingerichtet, Medicare, das US-Leihmodell mit all seinen Schwächen.

Der philippinische öffentliche Gesundheitsbereich war wegen der Kombination aus niedriger Regierungsfinanzierung und der Notwendigkeit, einer großen Bevölkerung zu dienen, von Anfang an schwach. Das Gesundheitssystem folgt überdies der amerikanischen Betonung hochtechnologischer Krankenhausbehandlung, die durch eine Elitegruppe von Gesundheitsfachkräften, meist Ärzten, kontrolliert wird.

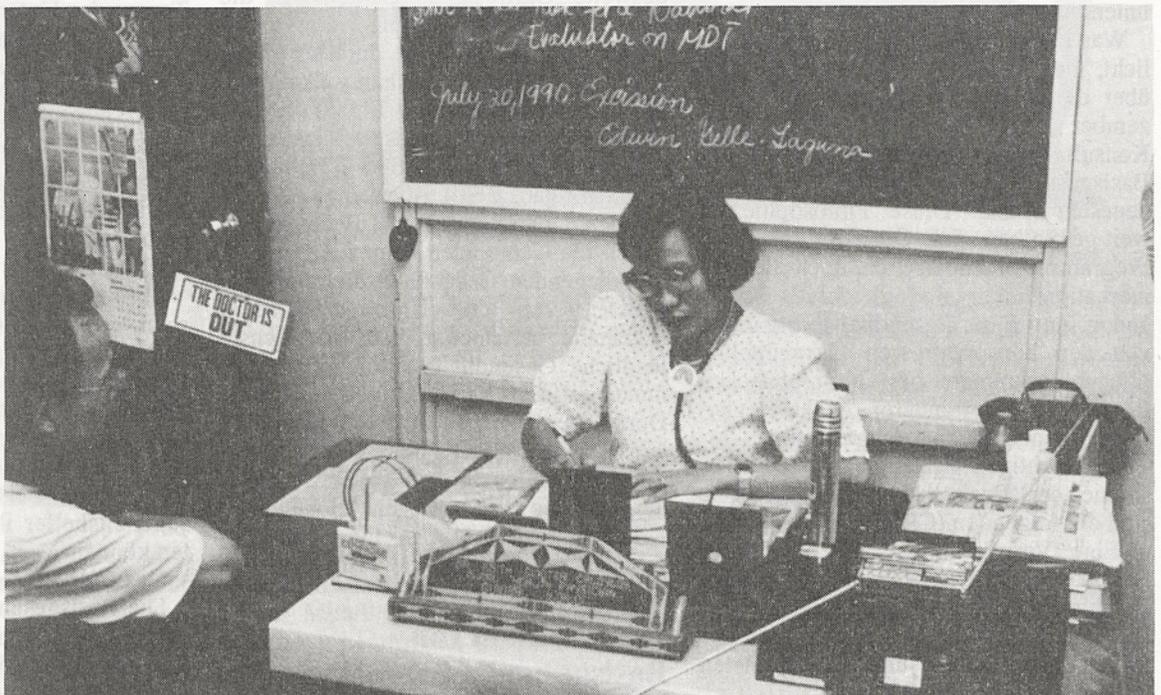
Die Ausbildungsmethoden für Fachkräfte im Gesundheitsbereich sind durch das amerikanische System stark beeinflusst. Dies kann nicht überraschen, weil Medizinstudenten, die zur Ausbildung an das Chicagoer Rush Medical College geschickt wurden, zu den ersten philippinischen Stipendiaten zählten, die von der amerikanischen Kolonialregierung gefördert wurden. Medizinstudenten, die in den Philippinen studierten, wurden in Instituten

unterrichtet, deren Lehrpläne größtenteils von medizinischen Fakultäten in den Vereinigten Staaten stammten. Beinahe alle Lehrbücher waren – und sind amerikanisch.

Nach der Unabhängigkeit 1946 verwendeten die Philippinen weiterhin das koloniale Modell der Gesundheitspflege. Zahllose Privatkrankenhäuser wurden mit Hilfe von Reparationszahlungen errichtet. Weitere Gesundheitsfachkräfte wurden ausgebildet, und in den 60er Jahren waren die Philippinen zum größten Exporteur von Krankenschwestern und zum zweitgrößten Exporteur von Ärzten auf der Welt geworden.

den späten sechziger Jahren fegten soziale Unruhen durch das Land, als Studenten, Bauern und Arbeiter auf die Straßen gingen, um gegen die wachsende Kluft zwischen Armen und Reichen zu protestieren.

Im Jahr 1972 rief Präsident Ferdinand Marcos das Kriegsrecht aus. Anstatt die Protestbewegung zum Schweigen zu bringen, beschleunigte das Kriegsrecht den Bewußtwerdungsprozeß weiter. Es war während dieser Zeit der Unterdrückung, daß die Gemeindeorganisation zunahm. Zu denen, die mitmachten, gehörten junge Gesundheitsfachkräfte. In der Mitte der siebziger Jahre wurden drei Pilotgesundheitsprogramme auf Gemeindeebene gegründet, wobei das Gesundheitsteam der Rural Missionaries, das aus römisch-katholischen Ordenschwestern bestand, eine führende Rolle übernahm. Andere gemeindeorientierte Programme waren bereits früher eingerichtet worden, doch die Basisgesundheitsprogramme unterschieden sich dadurch, daß sie durch die Einbeziehung von Gemeindeorganisation in die Gesundheitsprogramme die kollektive Befähigung (empowerment, d.Ü.) der Menschen in den Mittelpunkt stellten (Laleman, 1989). Organisieren wurde verbunden mit der Ausbildung von Basisgesundheits Helfern, ein Konzept, das von Chinas Barfußärzteprogrammen geborgt und an örtliche Gegebenheiten an-



Noch immer "Exportschlager": Philippinische Ärzte und Krankenschwestern

aus: Werning/Hardillo; Philippinen. Paradies in Aufruhr, 1991, S. 65

Während sich das Wirtschaftswachstum im Land in den fünfziger und frühen sechziger Jahren vielversprechend entwickelte, nahm die soziale Ungleichheit zu. Die verwendeten Paradigmen, nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch für die sozio-ökonomische Entwicklung allgemein, waren völlig unzulänglich. In

gepaßt wurde.

Ausgehend von diesen drei Pilotprojekten breiteten Basisgesundheitsprogramme sich durch das ganze Land aus und schließen nun sowohl kirchliche als auch nicht-konfessionelle Projekte ein. Im Jahr 1990 gab es 83 Basisgesundheitsprogramme, die mit dem Council for

Health and Development, einer nationalen Koordinierungsstelle, verbunden waren. In 46 der 73 Provinzen des Landes sind Programme eingerichtet worden, die über 3500 hauptberufliche Gesundheitshelfer verfügen.

Die Basisgesundheitsprogramme brachten auch weitere nationale und regionale Organisationen hervor. Ein Beispiel ist die Medical Action Group (MAG), die 1983 kurz nach der Ermordung von Dr. Bobby de la Paz, einem Arzt, der in einem Basisgesundheitsprogramm in den Zentral-Philippinen tätig war, gebildet wurde. Die Medical Action Group setzt sich für verschiedene Themen wie medizinische Neutralität und weltweite Abrüstung ein und bietet Leistungen wie die Rehabilitation von Folterüberlebenden an. Andere Gruppen wie das Health Action Information Network (HAIN) und die Bukluran para sa Kalusugan ng Sambayanan (BUKAS) befassen sich mit wissenschaftlichen Untersuchungen und Lobbytätigkeit in einer großen Bandbreite nationaler Fragestellungen wie Pharmaprodukte, Umweltschutz und Frauenselbstbestimmung. Trotz der Interessenvielfalt können all diese Organisationen ihre Wurzeln zu den Basisgesundheitsprogrammen zurückverfolgen, und sie behalten ihr Engagement, den Erfordernissen dieser Programme zu dienen, bei. Umgekehrt stellen die Gemeindeprogramme eine Massenbasis bereit, die regionale und nationale Kampagnen unterstützen kann.

Was hat diesen Gruppierungen ermöglicht, ihre Einheit zu bewahren und sich über die Jahre zu vergrößern? Im Dezember 1988 brachte ein nationaler Konsultationsprozeß die Philosophie der Basisgesundheitsprogramme auf den neuesten Stand. Diese Philosophie ist weit genug, um viele Organisationen und Programme einzubeziehen, doch die Demarkationslinien sind gleichfalls scharf genug, um diese Gesundheitsprogramme von den konservativeren Gesundheitspflegeprogrammen der philippinischen Regierung oder anderer Nicht-Regierungsorganisationen abzugrenzen.

Die wichtigen Bestandteile der Philosophie der Basisgesundheitsprogramme sind die folgenden (CHD, 1989):

- Eine Verpflichtung, "das Recht der Bevölkerung auf Leben durch kollektive Befähigung zu unterstützen. Das Hauptaugenmerk liegt bei den armen, entrechteten, unterdrückten und ausgebeuteten Teilen der Gesellschaft".

- "Jeder Bürger hat jederzeit das Recht auf wirksame und erreichbare Gesundheitsversorgung ungeachtet seines Glaubens, seiner Klasse, seines Geschlechts, seiner ethnischen Abstammung und seiner Weltanschauung... Bestmögliches Wohlergehen der Bevölkerung kann nur erreicht werden, wenn ihre wirtschaftlichen und demokratischen Rechte garantiert werden."

- "Eine wahrhaft selbständige Gemeinschaft ist aufgebaut auf der Fähigkeit der Menschen, durch das Erschließen und die Entwicklung örtlicher und externer menschlicher und materieller Ressourcen für sich selbst zu sorgen. Die Menschen besitzen den politischen Willen, ihre Interessen zu schützen, sobald sie sich aktiv und kollektiv an allen Aspekten und Stufen des Entscheidungsprozesses beteiligen."

- "Als gesellschaftliches Phänomen steht Gesundheit in Wechselbeziehung mit den sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Strukturen der Gesellschaft und sollte die körperlichen, emotionalen, sozialen und spirituellen Aspekte eines Individuums umschließen."

## Die Durchführung von Basisgesundheitsprogrammen

Basisgesundheitsprogramme haben eine "Vorzugsoption" für die "Ärmsten der Armen", doch wie sind diese Programme durchgeführt worden? Generell müssen die Gemeinden bereit sein, ein Programm zu beginnen, was bedeutet, daß organisierte Gruppen wie Gewerkschaften oder Bauernverbände im Idealfall bereits bestehen sollten. Es gibt jedoch auch Fälle, wo das Gesundheitsprogramm selbst zum Katalysator für die Gemeindeorganisation wird.

Wie "arm" ist arm? Eine aktuelle landesweite Umfrage in Gemeinden, die über ein Basisgesundheitsprogramm verfügen, zeigte, daß die durchschnittlichen jährlichen Haushaltseinkommen zwischen P 10.000 und P 14.000 (400 bis 560 US\$) rangierten, was weit unter der Armutsgrenze von P 32.500 (1.300 US\$) liegt (Miralao, 1990). Abgesehen von den elenden ökonomischen Bedingungen hatten die Gemeinden keinen Zugang zu grundlegenden Gesundheitsdiensten. Die meisten von der Umfrage erfaßten Haushalte berichteten, daß die nächste ländliche Gesundheitsstation vier Kilometer entfernt war, häufig im nächsten Dorf oder der nächsten Stadt. Krankenhäuser waren sogar noch schlechter erreichbar; nach Angaben vieler Gemeinden war das nächstgelegene Hospital 40 Kilometer entfernt, was eine lange Anreiszeit, teilweise zu Fuß, erfordert.

## Die Funktion von Basisgesundheitsprogrammen

Die Basisgesundheitsprogramme bilden Gesundheitshelfer aus, stellen die gesundheitliche Grundversorgung bereit und führen Grundlagenuntersuchungen durch.

### - Ausbildung

Ein Großteil der Arbeit zielt darauf ab, die Fähigkeit der Gemeinde zur Bereitstellung ihrer eigenen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Ein bedeutendes

Ziel ist die praktische und theoretische Ausbildung des örtlichen Gesundheitspersonals, die von den MitbewohnerInnen ihres Dorfes ausgewählt werden. Alle MitarbeiterInnen des Basisgesundheitsdienstes arbeiten ohne festgelegte Besoldung.

Jedes Programm entwickelt sein eigenes Ausbildungscurriculum nach Maßgabe der örtlichen Bedingungen, doch beinhalten alle Schulungskurse und Lehrmaterialien entsprechend der Philosophie der Basisgesundheitsprogramme Diskussionen der nationalen Situation. Diese Diskussionen dienen dazu, eine Perspektive der ökonomischen und politischen Determinanten von Gesundheit und Krankheit zu vermitteln.

Die pädagogischen Methoden fußen auf der Arbeit des Brasilianers Paolo Freire. Außerdem haben wir von den Erfahrungen des Piaxtla-Projektes in Mexiko gelernt, das die Verbindung von Theorie und Praxis und das Lernen durch Handeln betont. Das Vorwort von "Our Health Our Lives", dem nationalen Ausbildungshandbuch für Gesundheitshelfer, ermuntert die Schüler, "kritisch zu sein und stets tatsächliche Erfahrung mit dem im Buch Geschriebenen zu vergleichen" (Pagaduan-Lopez, 1981).

Im Durchschnitt benötigt ein Gesundheitshelfer ein Jahr, um den Gesundheitsgrundkurs abzuschließen, weil die Lehrpläne entsprechend den Arbeitszyklen der Gemeinde gestaffelt sind. Das Tempo der Unterrichtseinheiten ist niedrig, um sicherzustellen, daß die Gesundheitshelfer, von denen viele nur wenige Jahre Schulbildung genossen haben, wichtige medizinische Grundsätze verstehen können. Lernen findet auch außerhalb der Klasse statt, etwa, wenn Gesundheitshelfer das medizinische Programmpersonal auf Patientenbesuchen begleiten.

Es besteht ferner ein Ausbildungssystem, welches Gesundheitshelfern erlaubt, ihre Fähigkeiten stufenweise zu verbessern. In manchen Programmen haben Gesundheitshelfer mit Aufbaukursen weitergemacht, die kleinere operative Eingriffe einschließen. Dies erweitert den Leistungsbereich, den Gesundheitshelfer ihren Gemeinden anbieten können.

### - Gesundheitsdienste

Die Basisgesundheitsprogramme sehen präventive, diagnostische und kurative Leistungen vor. Während viele gewöhnliche Erkrankungen auf der Gemeindeebene behandelt werden, sind in zahlreichen Gegenden Überweisungssysteme geschaffen worden, um den Zugang zu sekundären und tertiären Leistungen zu erleichtern. Ein Diözesanprogramm, das als Pilotprojekt Mitte der siebziger Jahre begann, hat sich so weit entwickelt, daß es über seine eigene Sekundäreinrichtung verfügt. Diese Einrichtung bietet stationäre Leistungen für Patienten, die von

anderen Programmen überwiesen wurden.

Gelegentlich werden medizinische Missionen, bestehend aus Gesundheitsfachkräften und Studenten im befristeten Freiwilligendienst, durchgeführt, um örtliches Personal und Gesundheitshelfer zu verstärken. Die medizinischen Missionen können auch zusätzliche Unterstützung in Notsituationen leisten, etwa, wenn ein Gebiet militarisiert ist oder bei Naturkatastrophen.

#### - Studien

In den ersten Jahren der Basisgesundheitsprogramme waren Studien im wesentlichen mit der Entwicklung von Lehrmaterialien verbunden. Neuerdings sind sie auf Planung und Evaluierung gerichtet. Während ein hoher Anteil der technischen Untersuchungen noch immer den nationalen Organisationen überlassen bleibt, hat es Bemühungen gegeben, Studien auf der Gemeindeebene zu initiieren.

Ein Beispiel ist ein landesweites Projekt, das eine standardisierte Gemeindeerhebungsform benutzte, um grundlegende Informationen über die Gesundheitssituation in Kommunen zu sammeln. Dieses Projekt ist besonders interessant wegen seines starken Anteils von Gemeindebeteiligung nicht nur bei der Datensammlung, sondern, was bedeutsamer ist, bei der Datenanalyse und der Formulierung angemessener Antworten auf das zum Vorschein kommende Gesundheitsbild.

Ein weiteres Projekt war eine nationale Evaluierung der Auswirkungen der Ausbildungs- und Gesundheitsleistungen durch die Basisgesundheitsprogramme. Das Projekt hat wertvolle Informationen hervorgebracht, die zur Planung künftiger Ausrichtungen von Basisprogrammen nützlich sind.

## Das Thema unentbehrliche Arzneimittel

Die frühen Basisgesundheitsprogramme erkannten das Problem schlechten Zugangs zu notwendigen Medikamenten. Die Reaktion war, traditionelle Medizin, insbesondere Heilpflanzen, als Alternative zu fördern. Erst ab 1986 veröffentlichten wir Material, das sich spezifisch mit westlichen Arzneimitteln befaßte.

Die Vorstellung, daß die Verwendung von Heilpflanzen zu einer Verringerung unserer Abhängigkeit von der durch multinationale Firmen beherrschten Pharmaindustrie führen würde, war natürlich zu einfach. Sie beruhte auf dem Mißverständnis, daß Mikrolösungen die Antwort auf Makroprobleme bedeuten könnten. In den zurückliegenden Jahren haben wir erfahren müssen, daß es für Mikrolösungen ernstzunehmende Grenzen gibt. Die häufigsten Erkrankungen

mit Todesfolge wie Lungenentzündung, Tuberkulose und Ruhr können mit Heilpflanzen nicht adäquat behandelt werden. In der landesweiten Umfrage setzten 80 Prozent der Befragten aus verschiedenen Gemeinden Gesundheitshelfer mit Pflanzenmedizin anstatt mit gesundheitlicher Umfeldpflege, Ernährung und Gesundheitserziehung gleich (DH, 1990).

Neben der Förderung von Heilpflanzen haben Basisgesundheitsprogramme Kampagnen gegen bedenkliche Arzneimittel wie Dipyron durchgeführt. Multinationale Firmen, die gefährliche Medikamente in Entwicklungsländern abkippen, waren stets Gegenstand von Diskussionen über die nationale Gesundheitslage. Aufgrund der Betonung von Heilpflanzen als "gute Alternativen" und westlichen Arzneimitteln als "schlecht" waren wir nicht fähig, uns mit der Realität auseinanderzusetzen, daß die Menschen sich in einer Situation befanden, in der für Tausende überflüssiger Arzneimittel aggres-

1986 interessierten neuernannte Beamte des Gesundheitsministeriums sich für die Vereinfachung der pharmazeutischen Produktpalette. Dieses Interesse bestand größtenteils aus dem technokratischen Motiv, wegen des dürftigen Etats des Gesundheitsministeriums eine Verringerung hoher Arzneikosten anzustreben. Eine Nationale Arzneimittelpolitik wurde formuliert und 1987 von Präsidentin Aquino gebilligt. Ein generisches Gesetz (Generic Act, d.Ü), das weltweit erste seiner Art mit Bestimmungen zur Herstellung, Verschreibung und Verabreichung, wurde 1988 vom Kongreß verabschiedet und trat im Januar 1990 in Kraft.

Unser Netzwerk von Nicht-Regierungsorganisationen hatte die Basisgesundheitsprogramme mobilisiert, um für eine starke nationale Arzneimittelpolitik einzutreten. Bestehende Kampagnen für das Verbot gefährlicher Mittel wurden ausgeweitet, um ebenfalls das Problem wirkungsloser Medikamente anzugehen.



**Basisgesundheitsprogramme haben eine "Vorzugsoption für die arme Bevölkerung".**

aus: agphi; Philippinen - Wenn der Bambus bricht, 1986, S. 76

siv erworben wurde, diese erhältlich waren und deshalb von Menschen angewendet wurden.

Nach 1982 begannen wir die überwältigenden Probleme wahrzunehmen, die mit dem Gebrauch pharmazeutischer Produkte in den Philippinen verbunden sind. Wir erkannten, daß die Probleme schlechte Zugänglichkeit zu unentbehrlichen Arzneimitteln ebenso einschlossen wie die übermäßige Einnahme unwirksamer Mittel. In mehreren Umfragen fanden wir heraus, daß Gesundheitshelfer fehlerhafte Ratschläge zur Anwendung westlicher Medikamente erteilten, gelegentlich mit Ärzten und Schwestern aus den Programmen als ihren Vorbildern. Weiterhin stellten wir fest, daß medizinische Missionen und Programmzentren viele unnötige Medikamente vorrätig hatten und verabreichten. Die meisten dieser Medikamente waren gespendet worden.

Nach dem Regierungswechsel von

Darüber hinaus veranstalteten wir intensive Fachausbildungs-Workshops in Pharmakologie für Programmmitarbeiter und fortgeschrittene Gesundheitshelfer. Die Teilnehmer wurden aufgefordert, eine Voruntersuchung der verbreitetsten Medikamente in ihren Gemeinden durchzuführen, und die Ergebnisse wurden in den Workshops oder Symposien entsprechend unseren SANE-Kriterien ausgewertet: Sicherheit, Erschwinglichkeit, Notwendigkeit und Wirksamkeit (sane = safety, affordability, need, efficacy, d.Ü.).

Wir haben die Förderung und Anwendung traditioneller Medizin nicht aufgegeben. Wir haben sie vielmehr in den Rahmen des unentbehrlichen Arzneimittelkonzeptes und des vernünftigen Medikamentengebrauchs aufgenommen. Traditionelle Mittel verschaffen eine von vielen Alternativen in der Krankheitsbehandlung, einschließlich nicht-pharmakologischer Eingriffe.

## Probleme mit der Kampagne für vernünftigen Arzneimittelgebrauch

Die Kampagne für vernünftigen Arzneimittelgebrauch sieht sich vielen Hindernissen gegenüber. Manche sind kulturell, wie eine universale "Notwendigkeit", Medizin zu nehmen. Doch die Schwierigkeiten der Kampagne wären nicht so enorm, gäbe es keine massive Reklame für pharmazeutische Allheilmittel und Placebos.

Die Industrie hat aus verbreiteten Gesundheitsproblemen im Land Kapital geschlagen. Hunderte sinnloser Husten- und Erkältungspräparate sind für akute Infektionen der Atmungsorgane auf dem Markt. Viele sogenannte Anti-Durchfallmittel werden abgesetzt, die keinen Platz in rationaler Diarrhöetherapie haben. Vitamine, Stärkungsmittel und Appetitanreger werden verkauft gegen Unterernährung und Hunger (Tan, 1988).

Konservative Ärzte bekämpften Basisgesundheitsprogramme und primäre Gesundheitsversorgung viele Jahre lang, indem sie behaupteten, daß Gesundheitshelfer aus der Bauernschaft medizinische Betreuung nicht handhaben könnten. Diese Ärzte sind auch die lautstärksten Gegner der Nationalen Arzneimittelpolitik und des Generic Act. Als Ergebnis ihrer Lobbyarbeit ist im Senat ein Gesetzentwurf eingebracht worden, der dem Generic Act mehrere "Killerzusätze" hinzufügen würde.

Die Förderung vernünftigen Arzneimittelgebrauchs ist mühsam angesichts einer Situation, in der Menschen sich die Medikamente, die sie brauchen, nicht leisten können und stattdessen ihr Geld für billigere, aber nutzlose Mittel ausgeben.

Unentbehrliche Arzneimittel sind nach wie vor teuer, und die meisten Programme verfügen nicht über die Mittel oder die Fachausbildung, um Gemeindedepots einzurichten und zu bewirtschaften. Einige wenige Gemeindedrogerien sind errichtet worden, aber sie führen nur ein begrenztes Arzneisortiment.

Ogleich die Basisprogramme fortwährend präventive Gesundheitsaspekte hervorheben, können wir nicht so tun, als ob Menschen keine Arzneimittel brauchen. Der künftige Erfolg dieser Programme wird zum Teil von der Verbesserung der Zugänglichkeit zu unentbehrlichen Arzneimitteln abhängen, sowohl aus medizinischen als auch aus soziokulturellen Gründen. Eine landesweite Gesundheitsumfrage der Regierung im Jahr 1987 ergab, daß "das Fehlen kostenloser Medikamente" das meistgenannte Gesundheitsproblem war (DH, 1990). Diese verbreitete Auffassung macht die Gemeinden zur leichten Beute einer großen Zahl finanzkräftiger rechter

Organisationen, die seit 1986 im Land sprießen und die zusammen mit Bibeln kostenlose Waren und Medizin verteilen.

Während konservativen Gruppen freier Lauf gelassen wird, haben mit Basisprogrammen befaßte Nicht-Regierungsorganisationen vielen Zwängen bei Kauf und Aushändigung von Arzneimitteln gegenübergestanden. Es ist nicht bloß eine Kostenfrage. Die totale Kriegspolitik der philippinischen Regierung hat ein Niveau erreicht, das schlimmer ist als unter dem Vorgängerregime. Die Abgabe oder gar der Kauf großer Arzneimittelmengen in ländlichen Gebieten macht einen verdächtig, Anhänger der New People's Army (NPA) zu sein. In der Vergangenheit wurde die Befürwortung von Heilpflanzen und von Akupunktur als subversiv betrachtet, weil die New People's Army es auch tat. Heutzutage ist ebenfalls denkbar subversiv, über vernünftigen Arzneimittelgebrauch zu sprechen, denn es bedeutet, multinationale Pharmafirmen anzugreifen, und dies wird als "kommunistische Propaganda" betrachtet (Van et al, 1990).

### Schlußfolgerung: Kampf der Übermacht

Unsere Erfahrung mit der Kampagne für unentbehrliche Arzneimittel und vernünftigen Arzneimittelgebrauch hat die Überzeugung der Programm-Mitarbeiter gestärkt, daß strukturelle Reformen notwendig sind und daß der Irrtum vermieden werden muß, Gesundheitsversorgung als rein biomedizinisches Problem zu betrachten. Wir haben auch gelernt, daß Medikamente ein entscheidender Faktor bei der Mystifikation der Gesundheitsversorgung sind. Es ist eindeutig zum Vorteil der Mächtigen, die Armen bei Gesundheitsdienstleistungen und Medikamenten von sich abhängig zu halten. Diese Abhängigkeit kann nicht nur durch Verteilungsprogramme, sondern auch durch Vorenthaltung von Erziehung und Information aufrechterhalten werden.

Erfahrung hat gelehrt, daß es wichtig ist, Programmausbildung und Leistungen gemäß neuen Bedürfnissen abzuändern. Fachinformationen und Ausbildung in Pharmakologie sind nötig, doch sie müssen in ein Weiterbildungsprogramm zur Pharmaziepolitik und zur Arzneimittelindustrie integriert werden. Schulungsprogramme zur Handhabung von Arzneimittelvorräten können in die allgemeine Managementausbildung für Basisprogramme eingebunden werden. Das Fehlen von Gemeindemitteln für den Kauf von Medikamenten kann nicht aufgegriffen werden, ohne die Verflechtungen der Gesundheitsfinanzierung zu verstehen, einschließlich zusammenhängender Themen wie den Maßnahmen zur weiteren Privatisierung des Gesundheitssystems in den Philippinen in Über-

einstimmung mit den "Rezepten" des Internationalen Währungsfonds zur strukturellen Anpassung.

Die Not ist ungeheuer groß. Die Philippinen treten jetzt in eine neuerliche Wirtschaftskrise ein. Eine Serie von Naturkatastrophen, die anhaltend instabile politische Lage und die Golfkrise (die Tausende philippinischer Wanderarbeiter nach Hause geschickt hat) haben unsere Probleme verschlimmert.

Ich habe das marktwirtschaftliche Modell vorgestellt, das in den Philippinen für das Gesundheitswesen angewendet wird. Es ist ein System, das versagt hat. Wir haben die Ereignisse in Osteuropa verfolgt, einschließlich der Schadenfreude der Vereinigten Staaten über den Zusammenbruch des Sozialismus und den Sieg des Kapitalismus. Für viele Filipinos ist es keine Frage von Sozialismus oder Kapitalismus, sondern von Gerechtigkeit. Kann Zugang zu Gesundheitsversorgung und Arzneimitteln weiterhin durch die sogenannten freien Marktkräfte bestimmt werden? Wie sieht die Rolle des Staates im Gesundheitswesen aus? Diese Fragen müssen beantwortet werden, selbst wenn wir Alternativen entwickeln. Die Basisgesundheitsprogramme haben viele andere Krisen durchgemacht, und wir sind entschlossen, die begonnene Arbeit fortzusetzen.

**Michael Lim Tan**

*Der Verfasser ist Arzt und u.a. Geschäftsführer des Health Action Information Network (HAIN) in Manila. Der Beitrag ist zuerst erschienen in: Arundel/Schaaber/Mintzes, Primary Health Care and Drugs; Global Action Towards Rational Use, Bielefeld/Amsterdam 1991, und wurde von Gebhard Körte aus dem Englischen übersetzt.*

### Verwendete Literatur:

- CHD (Council for Health and Development), *Final Draft on Community-Based Health Program Philosophy as Unanimously Approved and Endorsed by the Body, Proceedings of a National Community-Based Health Program Staff Conference, Baguio City, November 26 - December 3, 1988, Manila 1989, S. 37f.*
- DH (Department of Health, Republic of the Philippines), *National Health Survey of 1987, Manila 1990*
- DH (Department of Health, Republic of the Philippines), *Philippine National Drug Formulary, Vol. 1, Manila 1990a*
- G. Laleman u. Anny, S., *Understanding community participation: A health program in the Philippines, Health Policy and Planning 4, 1989, S. 251-256*
- V. Miralao, *An Evaluation of Selected Community-Based Health Programs and Institutions in the Philippines, Unpublished monograph, 1990*
- J.C. Pagaduan-Lopez, Sia, I.C., Galvez-Tan, J.Z., *Our Health, Our Lives: A Philippine Health Manual for Community Workers, National Ecumenical Health Concerns Committee, Quezon City 1988*
- M.L. Tan, *Dying for Drugs: Pills, Power and Politics in the Philippines, Health Action Information Network (HAIN), Quezon City 1988*
- E.A. Van, Schulte-Sasse, H., Westberg, G., *Philippines: Health care and human rights, Lancet, July 21, 1990, S. 167*