

# COVID-19 PANDEMİSİNDE SAĞLIK SİSTEMLERİ: KAZAKİSTAN ÖRNEĞİ

Alpaslan TÜRKKAN\*

**Öz:** Kazakistan bağımsızlığını ilan ettiğinde Semashko modeline göre düzenlenmiş bir sağlık sistemi miras kalmıştı. Bağımsızlık ilanından günümüze kadar Kazakistan'da, bir dizi sağlık reformu yapıldı. Başarılı reform söylemlerine karşın, birinci basamak sağlık hizmetleri ihtiyacı karşılayamadığı gibi hizmete erişim de eşit değildir. Sonuçta, reformlar ile Kazakistan sağlık sistemi piyasa koşullarına uyumlu hale getirildi. Kazakistan'da ilk COVID-19 olguları 13 Mart 2019 günü saptandı. İlk ölüm ise 27 Mart günü açıklandı. Enfeksiyon mücadelesi doktorlar tarafından değil, Ulusal Güvenlik Komitesi ve kolluk kuvvetleri tarafından yürütüldü. Süreçte baskıcı bir tutum uygulanan COVID-19 pandemisinde Kazakistan'ın önceliği politika ve ekonomi oldu. Ekonomiyi yeniden canlandırmak için acele edilirken, sosyal ve ekonomik yardımlar sağlanamadı. Tutarsız haberler halkın hastalık algısını etkiledi ve hastalıkta büyük dalgalanmalara neden oldu. Bazı bölgelerde hekim sıkıntısı yaşandı. Sonuç olarak, Kazakistan'ın sağlık sistemindeki ve yönetim biçimindeki olumsuzluklar COVID-19 ile etkili mücadele etmesini engellemiştir.

**Anahtar sözcükler:** Kazakistan, COVID-19, pandemi

## **Health Systems in the COVID-19 Pandemic: The case of Kazakhstan**

**Abstract:** When Kazakhstan declared its independence, a healthcare system tailored to the Semashko model was inherited. Since the declaration of independence, a number of health reforms have been carried out in Kazakhstan. Despite the successful reform rhetoric, primary health care services cannot meet the needs and access to services are not equal. As a result, with the reforms, the health system of Kazakhstan was made compatible with market conditions. The first COVID-19 cases were detected on March 13, 2019 in Kazakhstan. The first death was announced on 27 March. The fight for infection was not led by doctors, but by the National Security Committee and law enforcement. An oppressive attitude is applied in the process. In the COVID-19 pandemic, Kazakhstan's priority was politics and economy. While rushing to revive the economy, social and economic assistance could not be provided. Inconsistent news has affected the public's perception of the disease and therefore caused large fluctuations in the disease. There was a shortage of physicians in some regions. As a result, the negativities in Kazakhstan's health system and management style prevented it from fighting COVID-19 effectively.

**Key words:** Kazakhstan, COVID-19, pandemic

## **Giriş**

Bağımsızlığını Sovyetler Birliği'nin dağılmasından sonra, 1991 yılında ilan eden Kazakistan'ın yüzölçümü 2.724.900 km<sup>2</sup> dir. Yüzölçümü ile dünyanın 9. büyük ülkesi olan Kazakistan; 18,2 milyon kişi ile nüfus yoğunluğu düşük ülkelerden biridir. İdari olarak, 14 Oblast (bölge) ve 175 Rayon'a (yerel idari bölge) ayrılmıştır. Bağımsızlığının ardından yaşadığı ekonomik çöküş, 1990'ların ikinci yarısından itibaren petrol gelirindeki artışla belirgin olarak düzelmiştir (Kulzhanov ve Rechel, 2007). Günümüzde Kazakistan OECD'nin Orta Avrupalı üyeleriyle aynı seviyede gayri safi yurtiçi hasılaya (GSYH) sahip olup üst orta gelir düzeyinde sınıflandırılmaktadır (OECD, 2018).

Kazakistan bağımsızlığını ilan ettiğinde, Semashko modeline göre düzenlenmiş bir sağlık sistemi miras kalmıştı. Merkezi ve hiyerarşik yapıdaki sistemde, herkes tarafından erişilebilen sağlık hizmetleri,

özellikle birinci basamak olmak üzere parasızdı. Bağımsızlık sonrası yerel yönetimleri güçlendirmeyi, hizmet sunumunu yeniden organize etmeyi ve özel hizmet sunumunu teşvik etmeyi amaçlayan reformlar sırasında Sağlık Bakanlığı da birkaç kez yeniden yapılandırıldı (WHO, 2020). Reformlarla başta ademi merkezîyetçi hale gelen sistem, sonraki reformlarla yeniden merkezîyetçi yapıya dönüştürüldü. Sağlık reformları, 2008 ve 2016 yılları arasında 300 milyon ABD doları değerindeki Dünya Bankası projesiyle desteklendi (OECD, 2018). Desteklenen reform paketlerinden ilki, 2005–2010 dönemi için "Sağlık Hizmeti Reformu ve Geliştirilmesi Ulusal Programı" oldu (Kulzhanov ve Rechel, 2007). Bu program ile sağlık sisteminde köklü değişiklik yapıldı. En önemli değişiklik, ücretsiz olarak sunulacak sağlık hizmetleri paketinin tanımlanması ve devlet garantisinin sınırlandırılmasıydı

\*Doç. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0002-6723-1829)

Geliş Tarihi / Received : 16.02.2021

Kabul Tarihi / Accepted : 03.06.2021

**(OECD, 2018).** Böylelikle o güne kadar parasız olarak sunulan hizmetler sınırlandırılmış, sistem piyasaya açılmış oldu. 2009 yılında ulusal sağlık politikaları ve stratejik kalkınma planlarının hazırlanmasında Sağlık Bakanlığı'nın yetkisi artırıldı. 2010 yılında, 2011-2015 Devlet Sağlığı Geliştirme Programı "Salamatty Kazakistan" Birleşik Ulusal Sağlık Bakım Sistemi programı başlatıldı. Bu programla, sağlık finansmanı merkezileştirildi, kamu kurumları hizmetlerinden ücret alabilen devlet işletmelerine dönüştürüldü ve Sağlık Bakanlığı hastane hizmetlerinin başlıca kamu adına satın alıcısı haline getirildi **(Footman ve Richardson, 2014; WHO, 2014; OECD, 2018)**. Günümüzde, 2016-2020 dönemi için Bakanlığın hazırladığı, "Sağlığı Geliştirme Devlet Programı "Densaulyk" yürürlüktedir. "Densaulyk" verimlilik ve mali sürdürülebilirliğe odaklanmış, korunma ve tedaviyi bütünleştiren, halk sağlığını teşvik eden sağlık politikası olarak tanımlanmaktadır.

Bağımsızlık ilanından günümüze kadar Kazakistan, bir dizi iddialı sağlık reformu yapmıştır. Bu reformlarla, Devlet Garantili Temel Avantaj Paketi (SGBP) belirlenmiş, geleneksel sağlık bakımı azaltılmaya çalışılmış, rekabeti artırmak için özel kurumlara izin verilmiş, Bakanlık hizmet satın almaya, kamu kurumları ücret almaya başlamış ve hastaların hizmet alacağı kurumu seçmelerine olanak sağlanmıştır **(Footman ve Richardson, 2014; OECD, 2018)**. Sonuç olarak; reformlar ile Kazakistan sağlık sistemi piyasa koşullarına uyumlu hale getirilmiştir.

### 1. Kazakistan Sağlık Sistemi

Sağlık politikası oluşturma ve sağlık finansmanı Sağlık Bakanlığı'nda merkezileştirilmiştir. Bakanlık bünyesindeki Sağlık Dairesi, sağlık politikalarının oluşturulmasından, toplum ve çevre sağlığının izlenmesinden, sağlık kuruluşlarının, hastanelerin açılmasından sorumludur. Üniversite hastaneleri, araştırma enstitüleri, kanser ve tüberküloz hastaneleri gibi ulusal düzeydeki tesisleri de yönetir **(Kulzhanov ve Rechel, 2007; WHO, 2020)**. Bakanlıkta; Eczacılık, Sağlık Hizmetleri Satın Alma (KOMU) ve Halk Sağlığını Koruma Komiteleri bulunur. Kalite güvence ve kontrolden sorumlu olan Eczacılık Komitesi, kalite denetimleri, hasta şikâyetlerinin incelenmesi, akreditasyon, ruhsatlandırma ve sertifikalandırma işlerini yürütür. KOMU, kamu sağlık kurumlarına ilaç sağlar, dağıtır, kamu sağlık hizmetlerini finanse eder ve hizmet satın alır. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü, su ve gıda maddelerinin kalitesini ve laboratuvar güvenliğini izleyen Halk Sağlığını Koruma Komitesi, geniş bir yetkiye sahiptir. Her Komitenin bölge/şehir valilerinin sorumluluğundaki Oblast Sağlık Dairesi vardır. Bunlar özel ve kamu organizasyonlarını izler, ambulans hizmetleri, sosyal yardım, tıbbi bakım,

rehabilitasyon, palyatif bakım, tarama programları, otopsi hizmetleri ve halk sağlığını geliştirme programlarını yürütür **(OECD, 2018)**.

Kazakistan'ın hızlı artan GSYH'sini, sağlık harcamalarındaki artış izlememiş, politika önceliği olarak belirtilmesine karşın, sağlığa yatırım düşük düzeyde kalmış ve tedavi hizmetlerine yoğunlaşmıştır. Kazakistan'da son 20 yılda toplam sağlık harcamalarının GSYH'deki payında büyük değişim olmamış (2003: %2,7, 2014: %3,1 ve 2017: %3,5) ve OECD ortalamasının (%8,9) oldukça altında kalmıştır. Kazakistan, sağlık harcamalarına, ayırdığı pay açısından dünyada 152. sıradadır. Benzer durum kişi başı kamu sağlık harcaması için de geçerli olup, OECD ortalamasının dörtte birinden daha azdır. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı yarıdan biraz fazla olup azalma eğilimindedir (2003: %54,5, 2013: %53,1). Bu nedenle fakirleştirici etkiye sahip olan cepten harcamalar, OECD standartlarına göre çok yüksektir. Kamu sağlık harcamaları payı açısından dünyada 118. sırada olan Kazakistan'da tıbbi müdahale gerektirecek kadar ciddi sağlık sorunu yaşamasına karşın, sağlık hizmetlerine erişemeyenlerin oranı (%40) çok yüksektir **(OECD, 2018; WHO, 2020)**.

Sağlık personeli sayısı 2003 yılından günümüze, istikrarlı bir şekilde arttırılmıştır. Bu nedenle, emek gücü OECD ülkelerine göre gençtir **(OECD, 2018)**. Doktor sayısı 72.134 (10.000 kişiye 39,7), hekim dışı sağlık çalışanları 174 bin kişidir. Ülkede 2017 yılında 10.000 kişiye 78,3 ebe/hemşire düşmüştür **(WHO, 2020)**. Sağlık personelinin ülke içindeki dağılımı eşit değildir. 2016 yılında 10 bin kişi başına doktor sayısı, Astana'da 84,4 ve Almatı'da 76.1'dir. Diğer yandan bu sayı Kostanay ve Jambyl gibi bölgelerde 27'den azdır.

#### 1.1. Birinci basamak sağlık hizmeti

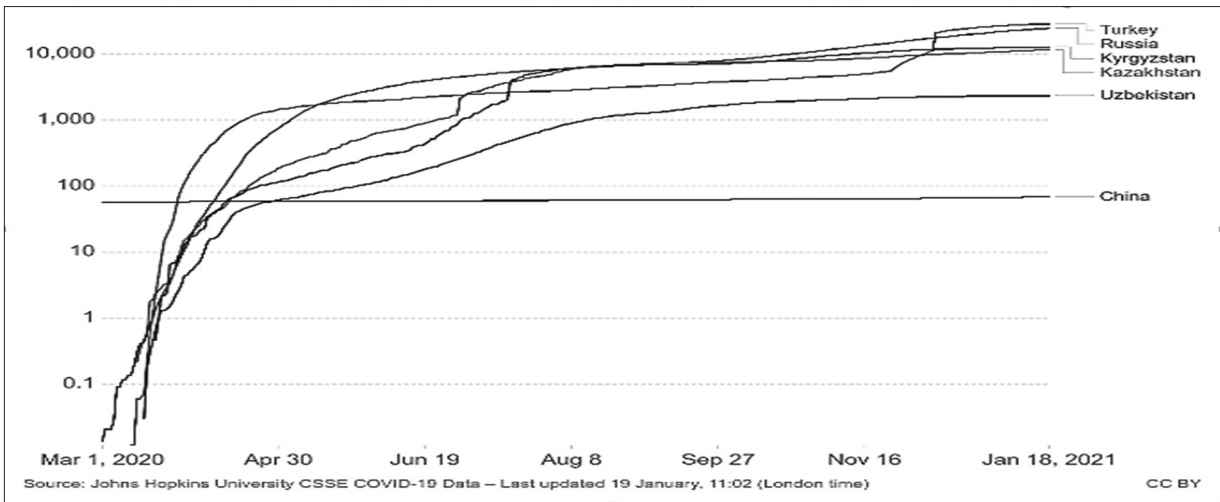
Birinci basamak sağlık hizmet sunumu kırsal ve kentsel alanda farklılık gösterir. Kırsal alanda birinci basamak sağlık hizmeti feldşer noktaları, doğumevleri, doktor klinikleri ve küçük hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Kentsel alanlarda birincil ve ikincil bakım Rayon hastane polikliniklerinde sağlanmaktadır. Yapılan reformlarda birinci basamak sağlık hizmetlerine önem verilmiş ve son on yılda tamamen değiştirilmiştir. Reform sürecinde pratisyen hekimin birinci basamakdaki rolü belirlenmiş, iş gücü uzmanlaştırılmış ve genişletilmiş, hizmetler multidisipliner ekipler tarafından sunulmaya başlanmış, bulaşıcı olmayan hastalıkların erken tanısı için tarama programları oluşturulmuş, hastalık algoritmaları tanımlanmış, birinci basamak kurumları özerkleştirilmiş ve akreditasyon zorunluluğu getirilmiş, ödeme mekanizmaları yeniden yapılandırılmıştır **(WHO, 2014; OECD, 2018)**.

Birinci basamak sağlık hizmetleri 2005 yılından önce, genellikle bölge terapistleri ve feldşerler tarafından sağlanıyordu. Pratisyen hekim, sağlık sistemine 2005 yılında tanımlandı ve sayıları 2006'da 920'ye, 2010'da 2.233 ve 2016'da 5.071'e yükseltildi. Günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinin omurgasını genel pratisyen hekimler oluşturur. Bununla birlikte çoğu OECD ülkesinde olduğu gibi, Kazakistan'da da hekimler arasında genel pratisyenlik cazip değildir (OECD, 2018). Rayonlara yeterli sayıda sağlık personeli sağlamak için, sağlık personelinin destekleyen ulusal bir program yürütülmekte, konut desteği ve toplu ödeme yapılmaktadır. Buna karşın, bölgelere göre doktor dağılımında farklılık vardır ve kırsalda sağlık personeli sıkıntısı çekilmektedir. Pek çok doktor pratisyen hekim olarak çalışma teşviklerini yeterli görmediğinden birinci basamaktan ziyade hastanede çalışmayı tercih etmektedir (WHO, 2020). Kazakistan'daki birinci basamak hekimleri, doktor emek gücünün %7-16'sını oluşturur ve OECD ortalaması olan %32'in oldukça altındadır (OECD, 2018).

Birinci basamak sağlık hizmet sunumunda hekimlere ek olarak; hemşireler, ebeler, feldşerler yer alır. Bunlara, 2011 yılından itibaren sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar katılmıştır. Hemşirelerin temel görevi, sağlık tesislerinde veya hastanın evinde hemşirelik hizmeti sunmak ve sosyal yardım sağlamaktır. Tıbbi kayıtları tutan ebeler, gebeliğin doğrulanması, doğum öncesi bakım hizmeti, riskli gebeliklerin saptanması ve doğumlara yardım etmekle yükümlüdür. Eski Sovyetler Birliği ülkelerine özgü bir kadro olan Feldsherslerin çoğu (%76) kırsal alanda çalışır. Acil bakım, evde veya birinci basamak sağlık kuruluşlarında konsültasyon ve hastaları tıbbi muayenelere hazırlamak başlıca görevleridir (OECD, 2018).

Birinci basamak sağlık kurumları günde 12 saat hizmet vermektedir. Ek olarak hekimler, hastaneye yatışları azaltmak amacıyla, mesai saati dışında önceden belirlenmiş zamanlarda hastaları ile görüşmekle yükümlüdür. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının ortalama iş yükü günde 20 hasta muayenesi ve haftada 20 ev ziyareti şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak, bu yük günde 3-25 hasta ve haftada 4 gün, günde 5 ev ziyareti aralığında değişmektedir. Bu değişken iş yükünün, etkili hizmet sunulamayacak kadar yüksek olduğu bildirilmektedir. Pratisyen hekimlerin aşırı iş yükünü azaltmak amacıyla 2013 yılında, 550 bölgesel çağrı merkezi kurulmuştur. Merkezlere, 2017 yılı ilk altı ayında, gelen 267 bin çağrı bir önceki döneme göre %50 fazladır ve merkez başına ortalama dört çağrıya denk gelmektedir. İş yükünü azaltmak için, birinci basamak hekimlerine kayıtlı hasta sayısının 2.200'den 1.500'e indirilmesi planlanmış, hekimlerin kimi görevleri hemşirelere devredilmiştir. Doktorların görevlerinin yaklaşık dörtte biri, (hasta gözlemi, ev ziyaretleri ve bazı reçeteler de dahil olmak üzere) eğitilmiş hemşirelere devredilmiştir. Kazakistan'da birinci basamak sağlık emek gücü hızlı bir şekilde artırılmış olmasına karşın, dağılım dengesizdir ve birinci basamak sağlık personeli yetersiz kalmaktadır (OECD, 2018).

Kazakistan'ın başarılı reform söylemlerine karşın, birinci basamak sağlık hizmetleri ihtiyacı karşılayamadığı gibi hizmete erişim de eşit değildir. Nüfusun beşte biri, birinci basamak sağlık hizmeti kurumuna kayıtlı olmadığından hizmetlerinin fiili kullanımı değerlendirilememektedir. Tıbbi bakım ile onaylı ilaç ve tıbbi malzemelerin hekim reçetesiyle ücretsiz ve garantili olduğu söylene de ödenen reçete kapsamının yetersizliği sorun oluşturmaktadır (OECD, 2018; WHO, 2020). Kazakistan'da gelenek-



Şekil 1. Milyon kişi başına toplam COVID-19 doğrulanmış olgu sayılarının Türkiye, Kazakistan ve komşu ülkelerinde dağılımı

sel olarak yüksek olan aşılama oranları korunabilmiştir. Buna karşın, tarama oranları düşük ve kronik hastalıklar nedeniyle önlenebilir hastaneye yatışlar son derece yüksektir. Personelin eğitim ve motivasyonu düşüktür. Genel olarak reformlardaki vaatlerin yerine getirilmediği görülse de veri sisteminin yetersizliği bunu kanıta dayalı biçimde değerlendirmeyi engellemektedir (OECD, 2018).

## 1.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Bağımsızlığının ilk yıllarında Kazakistan'da 740 kamu hastanesi vardı. Bu sayı 2003'de 1.029'a ulaşırken 2017'de 176'sı özel olmak üzere, %20 azalarak 853'e düştü. Ülkede 10 bin kişi başına düşen hasta yatağı sayısı 54.8'dir (2017). Hastaneler ve finansman yapısı, bağımsızlıktan bu yana birçok kez reforme edilmiş, hastanelerin güçlendirilmesi ve modernizasyonu amacı ile yapılan reformlarda, rekabetçi, özerk yapılar oluşturmak için çaba tüketilmiştir. Finansman, 2000-2003 yılları arasında rayonlar düzeyinde konsolide edilmiş, 2004-2009 yılları arasında ise oblast düzeyinde merkezleştirilmiştir. Ülkede finansmanına, hizmetine, konumuna ve hizmet verdiği nüfusa göre çok farklı özellikte hastane tanımlanmıştır (OECD, 2018):

I. Devlet Kurumları (GI): Kamu mülkiyetinde olan, bütçeden finanse edilen bu hastanelerin mali yönetim özerkliği yoktur ve hizmetleri için ücret talep etmelerine izin verilmez.

II. Hazine Teşebbüsleri (TE): Hazine ile sözleşme yapan kamu kurumlarıdır. Sınırlı mali özerkliğe sahiptirler ve hizmetleri için ücret talep edebilirler. Bu hastaneler 2009 yılında en yaygın olan hastane grubudur.

III. Ekonomik Yönetim Hakkına Sahip Devlet İşletmeleri (KEP ile SE): İç kaynaklarını yönetme özerkliğine ve esnek personel ücretlendirme hakkına sahiptirler. Bu yapılar 2011 yılında kendi yönetiminden de sorumlu hale getirildi ve 2015 yılında 765 hastanenin %55'ini oluşturuyorlardı.

IV. Anonim Şirketler (JSC): Mülkiyetin hissedarlara ait olduğu, ticaret hukukuna tabi ve sözleşmeli personel çalıştıran özel hastanelerdir. Örnek olarak, 2011'den beri altı ulusal tıp merkezini ve Astana Tıp Üniversitesi'ni yöneten National Medical Holding bir anonim şirkettir.

V. Devlet Garantili Fayda Paketi Sağlayan Özel Tesisler (PSGBP): Tamamen özel kuruluşlardır, ancak "kamu yararı" nedeniyle "istisnai" haklar tanınmıştır.

VI. Kırsal hastaneler: Tipik olarak 20-25 yataklı küçük hastaneler olup acil ve ikinci basamak sağlık hizmeti, doğum ve ayakta tedavi hizmetleri sunarlar.

VII. Rayon hastaneleri: Rayon'daki en büyük kasabada bulunur. Genel olarak iç hastalıkları, kadın hastalıkları, pediatri ve genel cerrahi alanlarında ve gelişmiş teşhis ekipmanlarıyla çalışan 100-300 yataklı hastanelerdir.

VIII. İkincil çok profilli hastaneler: Genellikle her bölgenin ana şehrinde bulunan, 600-1000 yataklı hastanelerdir. Çeşitli uzmanlık dallarında ileri teknoloji kullanılarak hizmet sunulur.

IX. Üçüncül hastaneler: Almatı ve Astana'da bulunurlar. Uzmanlaşmış bakım sağlayan bu hastanelerde, araştırmalar yürütülür, ulusal programlar koordine edilir ve tıp eğitimi verilir. **Düşük hacimli, yüksek karmaşıklığındaki vakaları tedavi eden referans hastanelerdir.**

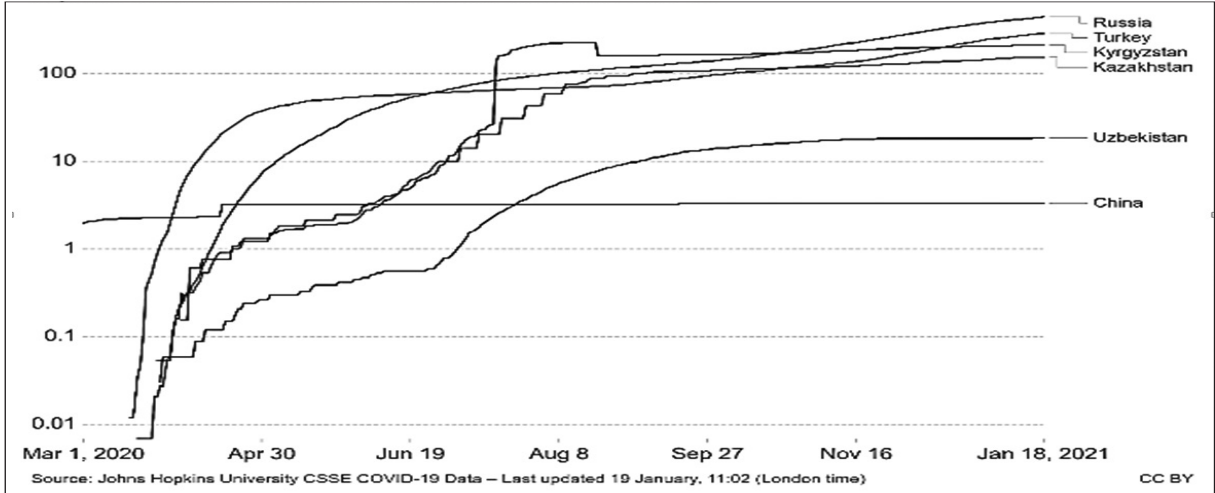
X. Tek profilli hastaneler: Spesifik hastalık veya nüfus gruplarına hizmet sunarlar. Bu hastaneler; anne ve çocuk sağlığı, tüberküloz, psikiyatrik durumlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, diğer bulaşıcı hastalıklar, bağımlılık bozuklukları ve bakımevi hizmetlerini sunar.

Ülkede Kamu-Özel Ortaklığı ile yürütülen projeler vardır. Bu kapsamda 2016 yılı itibarıyla; 13 hastane, 30 birinci basamak sağlık hizmeti sahası, ekipman satın almak için 2 sözleşme, bir simülasyon merkezinin yeniden inşası ve bir yardımcı sağlık tesis inşası projelendirilmiştir. Projelerin ikisi ulusal, 45'i yerel düzeydedir.

## 2. Kazakistan'da COVID-19 Salgını

Kazakistan'da ilk COVID-19 olguları 13 Mart 2020 günü, DSÖ'nün COVID-19 Pandemi ilanından iki gün sonra saptandı. Bundan on dört gün sonra 27 Mart günü de ilk ölüm bildirildi (WHO, 2021a; WHO, 2021b). Hastalığın görüldüğü günden iki gün sonra, 15 Mart 2020 tarihinde, Cumhurbaşkanı'nın kararıyla olağanüstü hal ilan edildi ve ertesi gün uygulamaya başlandı. Bununla, büyük alışveriş tesislerinin işleyişine yönelik kısıtlamalar getirildi. Alışveriş ve eğlence merkezleri, sinemalar, tiyatrolar, sergiler ve kalabalık olan diğer tesislerin faaliyetleri askıya alındı. Sınır kapıları tüm ulaşım araçları için kapatıldı. Ulusal düzeyde COVID-19 mücadelesi, Kazakistan Cumhuriyeti Hükümeti Operasyonel Personeli tarafından desteklendi. Kazakistan'da enfeksiyon mücadelesinin doktorlar tarafından değil, Ulusal Güvenlik Komitesi (NSC) ve kolluk kuvvetleri tarafından yürütüldüğü ve baskı uygulandığı vurgulandı (Sytnikov ve ark., 2020). 18 Mart gününden itibaren silahlı kuvvetlerin biyolojik savunma birimleri dezenfeksiyon çalışmalarına başlamıştı (Suyundikov, 2020). Ülkede ilk karantina, 19 Mart 2020'de Almatı ve Nur-Sultan'da uygulandı (WHO, 2020).





**Şekil 2.** Milyon kişi başına toplam COVID-19 doğrulanmış ölüm sayılarının Türkiye, Kazakistan ve komşu ülkelerinde dağılımı

Henüz Kazakistan'da vaka görülmediği günlerde, 27 Ocak 2020 günü Kazak hükümeti bünyesinde bölümler arası komisyon oluşturuldu. Korona virüsün ortaya çıkmasını ve yayılmasını önlemek, faaliyetleri koordine etmek için kurulan bu komisyona Başbakan Yardımcısı başkanlık yaptı.

30 Nisan 2020'ye kadar yurt dışından gelenler, hasta olanlar ve onlarla temas edenler, karantina sırasında çalışmaya devam edenler (sağlık çalışanları, askerler, toplumsal hizmet sunanlar, ticaret yapanlar vb.) ve huzurevi sakinleri olmak üzere, dört kategoride ücretsiz 250.000 PCR testi yapıldı. Testler, Oblast seviyesindeki 9 laboratuvar ve Ulusal Referans Laboratuvarında gerçekleştirildi (WHO EU, 2020).

Pandeminin üçüncü ayında, Mayıs 2020 tarihli kararname ile tanı koymak, korumak ve izlemek amaçlı PCR testi yapılması gereken kişi/gruplar listelendi: Buna göre; hastanede yatan hastalara, KOAH ve pnömoni hastalarına, temaslılara, solunum semptomu olan sağlık çalışanları ve klinik olarak COVID-19 uyumlu hastalara tanı amaçlı PCR önerildi.

Kazakistan'a kara, hava ve demiryolu ile gelenlere, enfeksiyon riski yüksek sağlık çalışanlarına, evde hizmet veren tıbbi ve sosyal kurum personeline ve acemi erlere erken tanı amacıyla PCR yapılması önerildi.

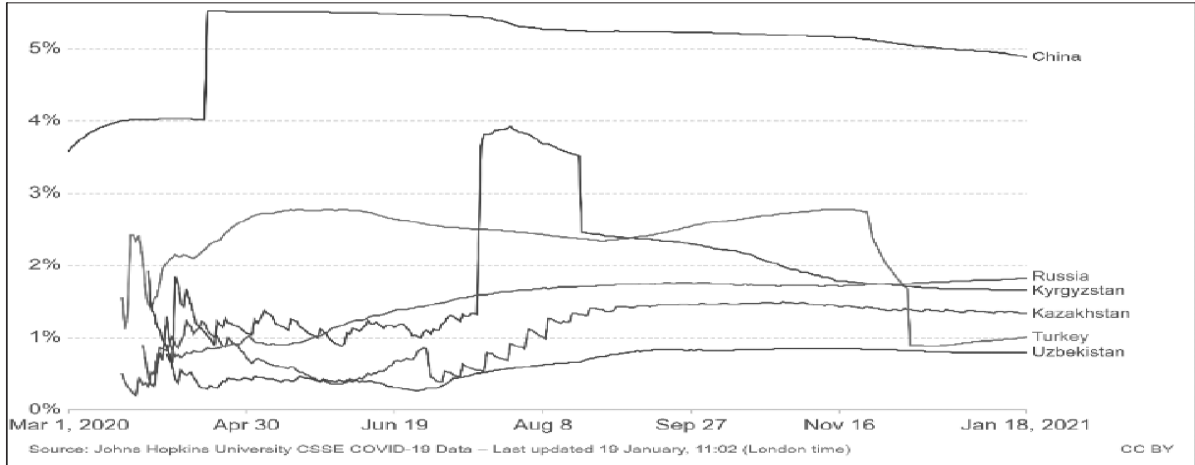
İzlem amacıyla PCR yapılması önerilenler ise; hastanede yatan hastalar, hastaneye acil olarak yatanlar, hamile kadınlar ve yeni doğanlar, hemodiyaliz hastaları, tutuklu ve hükümlüler, sağlık ve sosyal kurumlara yeni başvuranlar olarak tanımlandı.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında, 27 Temmuz 2020 tarihli karar ile aşılar hariç olmak üzere, rutin tarama ve muayeneler 20 Ağustos 2020'ye kadar askıya alındı. Yaklaşık bir ay süren bu süreçte, hamile

kadın ve çocuklara, hemodiyaliz hastalarına, kanser ve onkohematolojik hastalıklara ve acil hizmetlerine ara verilmeden devam edildi (WHO EU, 2020). 25 Aralık 2020 tarihinde asemptomatik hastalar, hastaneye yatmayan hafif hastalar ve hastaneden taburcu olan hastalar 14 gün boyunca evlerinde izlendi. Bunun için geliştirilen mobil uygulama kullanıldı ve teletıp uygulandı. Mobil uygulama ile izlem, ikamet edilen yerdeki bölge doktorları tarafından yapıldı. Bunun için hasta ile görüntülü görüşme yapılması öncelendi (WHO EU, 2020).

Kazakistan, pandeminin ilk ayında COVID-19 ile mücadele etmek için üç hastane inşa edeceğini duyurdu (United Nations ESCAP, 2020). Nur-Sultan'da, COVID-19 hastalarıyla özel olarak ilgilenmek üzere kurulan mobil hastanede video, telefon ve diğer alternatif danışma olanakları sağlandı ve 1 Mayıs 2020 tarihinden itibaren teletıp uygulandı. COVID-19 pandemisinde özel sağlık hizmeti, toplumun düşük satın alma gücü nedeniyle, eczaneler ve özel muayenahanelerin dışına çıkamadı. COVID-19'dan şüphelenilen kişilerin (öksürük, nefes darlığı, ateşi gibi bulgusu olanlar) ve doğrulanmış COVID-19 hastasıyla teması olanların hastaneye ambulans ile taşınması ve bu sırada alınacak önlemler bildirildi. Hastanelerde hasta ziyaretlerine izin verilmedi (WHO EU, 2020).

Kazakistan'da meslek örgütleri ve öğrenci birliklerinin pandemi sürecinin dışında kaldığı, herhangi bir açıklama ya da bilgilendirme yapıldıkları görülmektedir. Bu durum, ülkenin baskıcı yönetim politikasına bağlanabilir. Ülke yönetimini eleştiren görüşler sadece İnsan Hakları İzleme Örgütü gibi uluslararası düzeyde ve Kazakistan dışından gündeme getirildi. İnsan Hakları İzleme Örgütü, COVID-19 salgınında Kazakistan'da ifade özgürlüğünün engellendiğini, baskı uygulandığını raporladı ;



**Şekil 3.** Fatality rate Türkiye, Kazakistan ve komşu ülkelerinde dağılımı

(Human Rights Watch, 2021). Polonya'da Ukraynalı bir öğrenci tarafından kurulan Açık Diyalog Vakfı (ODF), COVID-19'a karşı yeterince önlem alınmadığı, sağlık çalışanlarının korunamadığını açıkladı. 17 Nisan 2020 günü, 1.498 COVID-19 hastasından 400'ünden fazlasının sağlık çalışanı olduğu açıklandı (Gaffurini, 2020). Açık Diyalog Vakfı'na göre, Kazakistan'da tıp doktorları ve sivil toplum aktivistleri sürekli olarak salgının gerçek boyutunun gizlendiğini, kişisel koruyucu ekipman eksikliği olduğunu, tıp alanındaki sorunların çokluğunu ve yetkililerin ilgisizliğini bildiriyordu. Bu bildirim yapanlar gözaltına alınıyor / tutuklanıyor, cezai ve idari baskıya maruz kalıyor, doktorlar disiplin cezaları ve işten çıkarma ile tehdit ediliyordu (Sytnikov vd, 2020).

Ülkede henüz vaka görülmeden ve pandemi ilan edilmeden önce Sağlık Bakanı, 2 Mart'ta koronavirüs enfeksiyonundan korunmak için alınan önlemler hakkında halkı bilgilendirdi. Karayollarındaki kontrol noktalarında bilgilendirme ve broşür dağıtımına başlandı. Devlet web sitesi hastalık ve hastalıktan korunmak için uyulması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgi yayımladı. Pandemi sürecindeki bilgi kirliliğine karşı, Bakanlık web sayfasından bilgilendirme yapıldı. Ancak, COVID-19 salgınıyla başa çıkmak için çok önemli olmasına karşın, Kazakistan'daki fizik altyapı ve işgücü kapasitesine yönelik yeterince bilgi paylaşılmadı (WHO EU, 2020). Toplum bilgilendirilirken, 1 Mayıs 2020 tarihli kararname ile tüm sağlık personeli düzenli olarak hastalık belirtileri (ishal, ateş, kusma, sarılık) açısından izlenmeye başlandı.

Eylül 2020'de, Rusya Federasyonu ile aşı satın alma konusunda anlaşma yapıldı (United Nations ESCAP, 2020). Kazakistan Cumhuriyeti Hükümeti ülkede cerrahi maske üretim kapasitesini artırdı ve

kamu sağlık kurumlarına kişisel koruyucu ekipman (PPE) satın almak için, toplam 13 milyar dolar fon tahsis etti. Süreçte, COVID-19 tedavisi devlet tarafından karşılanmış, kişisel talepler ve iç hat uçuşları dışındaki PCR testleri ücretsiz yapılmıştır ; (WHO EU, 2020).

Kazakistan, sınırları kapatarak ve kapanma uygulayarak etkili bir şekilde hastalık yayılmasını engellemiş gibi görünmektedir. Ancak, sürecin şeffaf yönetilmemesinin, sınırlı sayıda test yapılmasının hasta sayısı ve enfeksiyon sıklığını yapay biçimde az göstermiş olabileceği düşünülmektedir. Süreçte pandemiden olumsuz etkilenen şirketlere ve ailelere yardım sözü verilmesine karşın, yüz binlerce insan, hükümetin aldığı yetersiz önlem nedeniyle yoksulluk riski altında bulunuyordu (Paul Stronski, 2020). İnsan Hakları İzleme Örgütü'nün 2021 yılı Raporunda; Kazakistan'ın zayıf sosyal koruma sisteminin ve hükümetin salgın sırasında işini kaybeden insanlara sağladığı sınırlı mali ve aynı yardımın, yoksulluğu ve ekonomik sıkıntıyı önlemede etkisiz kaldığı vurgulandı (Human Rights Watch, 2021). Bu sırada dış politikada COVID-19 diplomasisi işletildi. Kazakistan, COVID-19 salgını sırasında, Şubat ayında Çin'e çeşitli tıbbi koruyucu ekipman teslimatları gerçekleştiren ilk ülkelerden biriydi. Kazakistan Cumhurbaşkanı Kassym-Jomart Tokayev, Nisan 2020'de salgınla mücadele sırasında komşu ülkeler Kırgızistan ve Tacikistan'a 3 milyon doları aşan insani yardım sağladı (The Economic Times, 2020). Mayıs ayında ekonomiyi yeniden canlandırmak için acele edilirken, tutarsız haberler halkın hastalık algısını etkiledi ve hastalıkta büyük dalgalanmalara neden oldu. Ağustos ayı sonu itibarıyla, 105 binden fazla doğrulanmış vakasıyla Kazakistan, bölgedeki en yüksek resmi enfeksiyon oranına sahipti. Yılın başlarında <zatürre>

olarak kayıtlı 230.000'den fazla vaka da göz önüne alındığında hasta sayısının bilinenden çok daha fazla olabileceği düşünülüyordu (**Paul Stronski, 2020**). Üstelik hastalık sayısının beklenenden çok daha fazla olacağını düşündüren bir açıklama Çin'in Kazakistan Büyükelçiliği'nden geldi. Büyükelçilik, Kazakistan'daki kaynağı henüz belirlenemeyen zatürrenin haziran ayında COVID-19'dan iki kat daha fazla ölüme neden olduğunu, hayatını kaybedenler arasında Çinli vatandaşların da bulunduğunu belirtti. Kazakistan Sağlık Bakanlığı'nın da hastalığı araştırdığını belirten Çin'in Kazakistan Büyükelçiliği, zatürrenin COVID-19 ile bağlantılı olup olmadığını henüz bilinmediğini açıkladı (**Euronews, 2020**).

Pandemi sırasında özellikle bazı bölgelerde hekim sıkıntısı çekildi. Bunların başında anestezi uzmanı, enfeksiyon hastalıkları uzmanı, epidemiyolog, kardiyolog, göğüs hastalıkları uzmanı yer aldı. Hükümetten gelen (40058 milyon tenge) ek kaynak ile kişisel koruyucu ekipman, ilaç ve tıbbi ürünler, laboratuvar ekipmanları, test sistemleri, reaktifleri geliştirmek ve üretimi için de hizmet satın alındı. Ulusal bütçeden gelen (74767 milyon tenge) ek kaynak, tıbbi hizmetler, karantina çalışanlarını teşvik etmek ve Nur-Sultan, Almatı illerine hastane kurmak için kullanıldı. Aralık ayında artan hasta sayısı Kazakistan'ı yeni önlemler almaya itti. Ülke hasta sayısına bağlı olarak belirlenen kırmızı, sarı, yeşil renklerden oluşan bölgelere ayrıldı. Başkent Nur-Sultan ve Pavlodar'da enfeksiyonun en yoğun olduğu kırmızı bölge olarak sıkı karantina tedbirleri uygulanmaya başlandı (**Public services, 2020**). Kazakistan'da yüksek düzeyde risk tanımlaması yapan CDC, Aralık 2020'de Kazakistan'a seyahatten kaçınılması gerektiğini bildiriyordu (**CDC, 2020**).

Kazakistan'da milyon kişi başına doğrulanmış olgu sayısı Türkiye, Kırgızistan ve Rusya'dan daha az, Çin ve Özbekistan'dan fazladır (Şekil 1). Aynı durum milyon kişi başına doğrulanmış ölüm sayısı için de geçerlidir (Şekil 2).

Fatalite hızı, bölgede milyon kişi başına hastalık ve ölüm sıklığı ile uyumsuz bir görünümde olup ciddi dalgalanmalar göstermektedir. Fatalite hızı ilk günden beri Türkiye'den fazlayken, kasım ayında Türkiye'deki hızlı düşüşle Türkiye'nin üstünde kalmıştır (Şekil 3).

## Sonuç

Sonuç olarak; Kazakistan'da da birçok ülkede olduğu gibi COVID-19 hasta sayısı ve ölümlerine ilişkin verinin şeffaf biçimde paylaşılmadığı değerlendirilmektedir. Yazının önemli sınırlayıcı etmeni olan bu durum, kanıta dayalı değerlendirme yapmayı

güçleştirmektedir. Kazakistan, ekonomi alanındaki gelişimini sağlık alanına aktaramamıştır. Başta, sağlık emek gücü dağılımındaki eşitsizlik ve sağlık hizmetine erişim sorunları olmak üzere, sağlık sisteminin olumsuzlukları COVID-19 pandemisiyle etkin mücadele edilmesini engellemiştir. Yanı sıra; pandeminin olumsuz etkilerini engellemek/azaltmak için gerek duyulan sosyal ve ekonomik desteği yeterince sağlayamamış, süreci baskıcı politika uygulayarak ve ekonomiye odaklanarak yürütmeyi tercih etmiştir.

## Kaynaklar

- CDC (2020)** Travelers' Health. Erişim Tarihi 12 Ocak 2021, <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/covid-4/coronavirus-kazakhstan>
- OECD. (2018)** Reviews of Health Systems: Kazakhstan. Paris: OECD Publishing.
- Euronews (2020)** Çin'den 'COVID-19'dan daha ölümcül' zatürre salgını uyarısı. Erişim Tarihi 12 Ocak 2021, <https://tr.euronews.com/2020/07/10/cin-den-covid-19-dan-daha-olumcul-zatur-re-salgini-uyarisi>
- Footman, K., Richardson, E. (2014)** Organization and Governance, in B. Rechel, E. Richardson and M. McKee (Eds.), Trends in health systems in the former Soviet countries, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Gaffurini, P. (2020)** The impact of the COVID-19 crisis on human rights in the Republic of Kazakhstan. The Open Dialogue Foundation, Erişim Tarihi 12 Ocak 2020, <https://en.odfoundation.eu/>
- Human Rights Watch. (2021)** World Report 2021 Events of 2020. New York: Human Rights Watch
- Kulzhanov, M., Rechel, B. (2012)** Kazakhstan: Health system review, Health Systems in Transition, 9(7): 1-158.
- Public services (2020)** FAQ about COVID-19, Erişim Tarihi 12 Ocak 2021, <https://egov.kz/cms/en/articles/coronavirus>
- Stronski, P. (2020)** COVID-19 exposes the fragility of Central Asia. Erişim Tarihi 12 Ocak 2021, <https://www.eastasiaforum.org/2020/09/03/covid-19-exposes-the-fragility-of-central-asia/>
- Suyundikov, S. (2020)** Orta Asya Türk Dünyasında Pandemi ile Mücadele, Erişim Tarihi 10 Ocak 2020, [www.21yyte.org](http://www.21yyte.org)
- Sytnikov, M., Zhanay, D., Shukeyeva, A. (2020)** Servants of the regime: sanction list of persons accountable for gross human rights violations in Kazakhstan. The Open Dialogue Foundation, Erişim Tarihi 10 Ocak 2020, <https://en.odfoundation.eu/>
- The Economic Times (2020)** COVID Diplomacy in Central Asia: Humanitarian Aid by Kazakhstan. Erişim Tarihi 12 Ocak 2021, <https://economictimes.indiatimes.com/news/international/world-news/covid-diplomacy-in-central-asia-humanitarian-aid-by-kazakhstan/articleshow/75222728.cms>
- United Nations ESCAP (2020)** Kazakhstan, Erişim Tarihi 12 Ocak 2021, [https://www.unescap.org/sites/default/d8files/Kazakhstan\\_COVID%20Country%20profile%20041120.pdf](https://www.unescap.org/sites/default/d8files/Kazakhstan_COVID%20Country%20profile%20041120.pdf)
- WHO. (2020)** Assessment of sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of universal health coverage in Kazakhstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- WHO EU. (2020)** Policy responses for Kazakhstan, Erişim Tarihi 10 Ocak 2020, <https://www.covid19healthsystem.org/countries/kazakhstan/countrypage.aspx>
- WHO (2021a)** Kazakhstan The Current COVID-19 Situation, Erişim Tarihi 14 Ocak 2020, <https://www.who.int/countries/kaz/>
- WHO (2021b)** Kazakhstan Situation, Erişim Tarihi 14 Ocak 2020, <https://covid19.who.int/region/euro/country/kz>