

PANDEMİDE ENDONEZYA SAĞLIK SİSTEMİ

Deniz AKGÜN *

Öz: Endonezya'da 2020 Mart ayı sonunda, farklı kurumların koordinasyonunda tüm şüpheli olgulara PCR testi yapılır hale gelmesine karşın, Güney Kore, Çin ve Japonya gibi bölge ülkeleri ile karşılaştırıldığında uygulanan test sayısının yeterli olmadığı görülmektedir. Ülkede pandemiye hazırlıklı olunmadığı, var olan sürecin şeffaf yönetilmediği, toplumun katılımının sağlanamadığı ve bütün bu eksiklere rağmen, eleştirel görüşlerden yararlanma yoluna gidilmediği görülmektedir. Ülkede sağlık hizmetlerinde kurumsallaşmış birinci basamak hizmet modelinin bulunmaması, sağlık hizmetlerinde özel sektörün ağırlıklı rol sahibi olması ve sağlık sisteminin desantralize yapısı pandemi ile mücadelede zafiyet nedeni olarak ortaya çıkmıştır.

Anahtar sözcükler: COVID-19, pandemi, sağlık sistemi, Endonezya

Indonesia Health System in The Pandemic

Abstract: In Indonesia, at the end of March 2020, PCR tests are performed to all suspicious cases under the coordination of different institutions. However, fewer PCR tests were applied in Indonesia compared to countries in the same region such as Korea, China and Japan. It was observed that the country was not prepared for the pandemic, the existing process was not managed transparently, the participation of the society was not ensured and critical views were not taken into consideration despite all these deficiencies. The absence of an institutionalized primary health care service model in the country, having the private sector an important role in health services, and the decentralization of health services have emerged as the cause of weakness in the fight against the pandemic in Indonesia.

Key words: COVID-19, pandemic, health system, Indonesia

Genel Bilgiler

Endonezya, 17.504 ada ile dünyada en fazla takım adaya sahip ülkedir. Asya kıtasının ikinci, dünyanın dördüncü en fazla nüfusuna sahip ülkesi olan Endonezya'nın 2020 yılı nüfusu 274 milyondur. Ülkede 724 farklı dil ve lehçe konuşulmakta ve çok sayıda etnik, kültürel grup bulunmaktadır (WHO, 2017).

Endonezya'da nüfusun %56'sı kentsel bölgelerde yaşamaktadır (www.worldmeters.info). Ülke nüfusunun ortanca yaşı 29,3 olup, 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranıtısı %5,3'tür. Ülkede ortalama yaşam süresi beklentisi 72 yıldır. Erkeklerde sigara içme oranıtısı %76 iken kadınlarda %3 olarak bildirilmektedir. Ülkede bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı birdir (Dyna Rochmyaningsih, 2020). Son dönemde yaşanan demografik dönüşüm ile çalışma yaşamında yer alan nüfusun ülke nüfusuna oranıtısı artmış bulunmaktadır. Ülkede bulaşıcı hastalıklara bağlı hastalık yükü önemini korurken, bulaşıcı olmayan hastalıkların artış göstermesine bağlı olarak çifte salgın örüntüsünün ortaya çıktığı belirtilmektedir.(WHO, 2017).

1. Pandemi Öncesi Sağlık Sistemi

Endonezya'da birinci, ikinci ve üçüncü basamaklardan oluşan üç katmanlı sağlık sistemi bulunmaktadır. Sağlık sistemi, birinci basamakta ilçe düzeyinde örgütlenen ve toplum temelli hizmet sunan entegre sağlık kurumları ağı (posyandu), köy sağlık ocakları (poskesdes) ve köy doğumevlerinden (polindes) oluşmaktadır. Bağışıklama, beslenme desteklenmesi ve hastalık kontrolü ile ilgili sağlık programları ile ilgili çalışmalar bu kurumlar tarafından yürütülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan entegre sağlık merkezlerinin (Posyandu) 2017 yılındaki sayısı 294.000 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte, bu merkezlerin ancak %50 kadarının aktif ve uygun şekilde hizmet verdiği belirtilmektedir (Gani ve Budiharsana, 2018). Endonezya'da temel sağlık hizmetlerinin sunumu yanında gerekli durumlarda hasta yatırarak hizmet veren sağlık merkezleri de (Puskesmas) bulunmaktadır. Bu merkezlerin %35'inde yataklı sağlık hizmeti verilmektedir (Wiseman ve ark., 2018).

* Uzm.Dr., Konyaaltı İlçe Sağlık Müdürlüğü (ORCID No: 0000-0002-8820-6817)

Geliş Tarihi / Received : 02.12.2020

Kabul Tarihi / Accepted : 18.07.2021

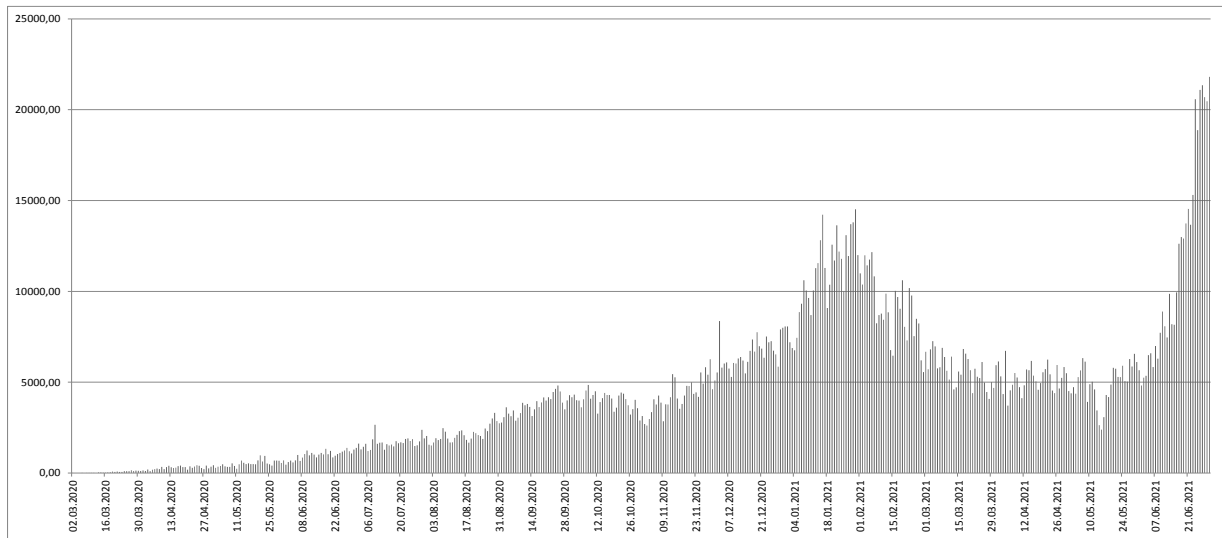
Endonezya'da sağlık emek gücü açısından yetersizlik olduğu belirtilmektedir. Sağlık çalışanı eksikliği açısından ülkenin doğu bölgeleri daha dezavantajlı durumdadır. Hastanelerde sağlık personeli ve uzman eksikliği bulunduğu, hastanelerin bir bölümünde temel branşlarda uzman hekim bulunmasının sağlanmadığı belirtilmektedir. C sınıfı hastanelerin ancak %54,2'sinde dört temel branşta uzman hekim bulundurulması sağlanmıştır. Hastanelerde anesteziyolog, radyolog ve klinik patoloğ bulunma oranı %45 - 85 arasındadır. Özellikle ülkenin doğu bölgesinde olmak üzere, halk sağlığı merkezlerinde hekim ve halk sağlığı personeli eksikliği bulunmaktadır (**Wiseman ve ark., 2018**). 2018 yılında temel sağlık hizmetlerini sunan merkezlerin (Puskesmas) %7,7'sinde hekim, %37,5'inde diş hekimi bulunmadığı bildirilmiştir. Hekim ve diş hekimi bulunmayan sağlık merkezlerinin bazı bölgelerde %40'ın üzerine çıktığı belirtilmektedir. Bu kurumların %25'inde toplum sağlığı çalışanı, %31'inde çevre sağlığı çalışanı, %60'ında tıbbi laboratuvar teknisyeni bulunmadığı bildirilmiştir (**Wiseman ve ark., 2018**).

Endonezya'da ebeler, sağlık hizmeti sunumunda tipik görevlerin ötesinde bazı işlevler üstlenebilmektedir. Ebelerin sağlık sistemi ile toplum arasındaki etkileşimde aracılık rolü bulunmaktadır. Toplumda genel olarak güven duyulan kişiler olan ebeler, hem erkekler hem de kadınların geniş yelpazedeki sağlık sorunları açısından sağlık merkezlerine gitme öncesinde önerilerine başvuru alan sağlık profesyoneli durumundadır (**Catherine, 2020**).

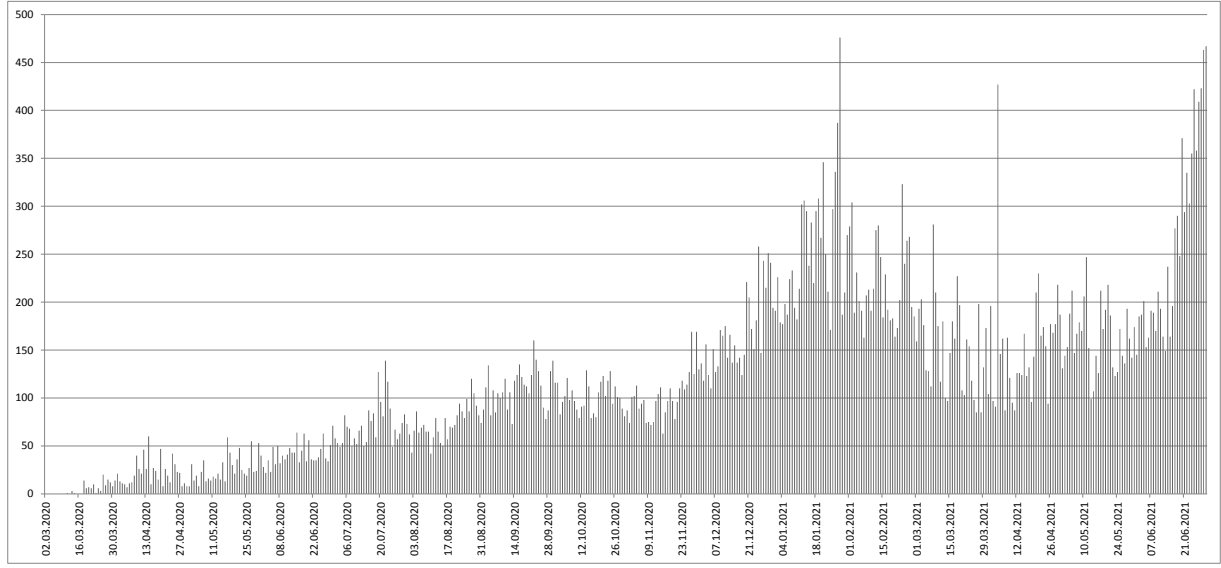
Endonezya'da sağlık kurumlarının tıbbi donanımı açısından da eksiklikleri bulunduğu bildirilmiştir. Ülke genelindeki pek çok hastanenin tıbbi ekipman açısından kabul edilen tıbbi standartları karşılamadığı belirtilmektedir. Farklı basamaklardaki sağlık kurumları arasında sevk zinciri oluşturulabilmiş değildir (**Gani A.ve Budiharsana M.P., 2018**). Her ne kadar basamaklandırılmış sağlık hizmeti modeli oluşturulmaya çalışılmış olsa da birinci basamak sağlık kurumlarının optimal düzeyde kapı tutuculuk özelliği bulunmamaktadır (**Wiseman ve ark., 2018**).

Ülkede sağlık kuruluşlarının sayısı, dağılımı ve hizmet kalitesi açısından da eksiklikler bulunduğu ifade edilmektedir. Özel sağlık sektörünün büyük şehirlerde hızlı şekilde büyümesi ve hizmetlerin teşvik edilmesindeki eşitsizlikler, sağlık emek gücü dağılımdaki eşitsizlikleri artırmış bulunmaktadır. Aynı zamanda, hem kamu hem özel sektördeki hastanelerde çalışan hekimler hizmet verdikleri zamanın çoğunu özel sektörde geçirmektedir. Kalifiye sağlık personelinde yetersizlik, halk sağlığı merkezleri ve hastanelerde sağlık çalışanının çoklu ve farklı görevler üstlenmesine neden olmaktadır. Endonezya'da sağlık çalışanının mesleki eğitimi ile ilgili sorunların da bulunduğu ve sağlık çalışanının yüksek öğrenimini sağlayacak kurumsal yapılanmada eksikliklerin bulunduğu belirtilmektedir (**Gani A.ve Budiharsana M.P., 2018**).

Endonezya'da sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı kamu ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca son dönemde yapılan reformlarla kamu sağlık sektörünün sorumlulukları merkezi, bölgesel



Şekil 1. Endonezya'da bildirilen COVID-19 yeni olgu sayıları, 2 Mart 2020 – 30 Haziran 2021



Şekil 2. Endonezya'da bildirilen COVID-19 yeni ölüm sayıları, 11 Mart 2020 – 30 Haziran 2021

ve yerel hükümet birimleri arasında paylaşılarak desantralize edilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluklarını strateji belirleme, kural koyma, hizmet standartlarının belirlenmesi, insan kaynakları ile finansman kaynaklarının sağlanması, bazı bölgesel ve dal hastanelerinin yönetimi oluşturmaktadır. Bölgesel düzeydeki hizmet birimleri yerel hastanelerin idaresi, yerel sağlık hizmetlerine teknik destek sağlanması, hizmetlerin izlenmesi ve koordine edilmesinden sorumludur. Yerel düzeydeki birimler il/ilçe hastaneleri ile toplum sağlığı kuruluşlarının idaresinden sorumludur. Özel sektörde ise kâr amacı gütmeyen ve kâr amacı güden hastane gruplarının yanı sıra, hem kamuda hem özel sektörde bireysel olarak hizmet veren doktor ve ebeler yer almaktadır (WHO, 2017).

Endonezya'da sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıladaki payı %3,3 olup, diğer düşük ve orta gelirli ülkelere göre az olduğu görülmektedir (Gani A.ve Budiharsana M.P., 2018). Sağlık harcamalarının yarısını kamu harcamaları oluştururken, üçte birini doğrudan cepten harcamalar oluşturmaktadır (World Bank, 2016). Ülkede farklı sağlık sigorta uygulamaları birleştirilerek Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) isimli ulusal sağlık sigortası sistemi oluşturulmuştur. Endonezya Ulusal Sağlık Sigorta sistemi, 170 milyonu aşan üye sayısı ile dünyada en fazla kişiye sağlık sigortası sağlayan sigorta kurumu durumundadır. Bununla birlikte, çoğunluğu informal sektörlerde çalışan kişiler olmak üzere, ülke nüfusunun %40'ı ulusal sağlık sigortasının kapsamı dışındadır (Wiseman ve ark., 2018).

2. COVID-19 Pandemisinde İlk Olgular

Çin'in Wuhan kentinde hastalığın ortaya çıkışı ve olgu sayısının artmaya başladığı pandemiyin ilk günlerinde komşu ülkelerde az sayıda COVID-19 hastası saptanmasına karşın, Endonezya'da henüz COVID-19 bildiri yapılmamıştı. Sonradan yapılan değerlendirmelerde salgının ilk ortaya çıktığı ülke olan Çin'e yakınlığı nedeniyle, Endonezya'da bu dönemde sessiz bir salgının varlığını sürdürmüş olabileceği yorumu yapıldı. Endonezya'da ilk COVID-19 olgusu DSÖ tarafından acil durum ilan edilmesinden önce saptandı. İlk olarak, 2 Mart 2020 tarihinde 31 ve 64 yaşlarındaki iki kadında COVID-19 enfeksiyonu bildirildi. COVID-19 enfeksiyonu saptanan bu iki olgu, Endonezya'yı ziyaret eden ve sonrasında COVID-19 tanısı konulan Japon asıllı bir kişi ile temasta bulunmuşlardı.

Çin'de yeni bir koronavirüs alt türüne bağlı hastalık bildirimlerinin yapıldığı dönemde Endonezya'da herhangi bir seyahat kısıtlaması önlemine başvurulmamıştı. Çevredeki ülkelere artan COVID-19 bildirimlerine karşın, Ocak ayının sonuna kadar Çin'den gelenler dahil Endonezya'ya gelenlere yönelik seyahat kısıtlaması ya da karantina uygulaması yapılmadı. 27 Ocak 2020'de Hubei eyaletine seyahat kısıtlaması getirildi ve bu dönemde Wuhan'da bulunan 238 Endonezyalı'nın ülkeye dönmesi sağlandı (Djalante ve ark., 2020). Wuhan'dan getirilen ve yakını bulunmayan 238 Endonezyalı, iki hafta karantinada tutuldu. Ancak, test uygulanmadı. Test yapılması için hastalığın görüldüğü yerlere seyahat etmiş olmanın yanı sıra, COVID-19 bulgularına sahip olma koşulu aranıyordu (Dyna Rochmyaningsih, 2020).

Endonezya'nın pandemi öncesi dönemde yeterli düzeyde pandemiye hazırlık çalışmalarının olmadığı görülmektedir. Oluşturulmuş olan "Avian İnfluenza Kontrol ve Pandemi İnfluenza Hazırlık Komitesi" çalışmaları güncel kriz yönetimi hazırlıkları açısından yeterli değildi. COVID-19 hazırlıkları açısından sağlık sistemi bileşenleri içinde yer alan hizmet sunumu, sağlık iş gücü, bilgi sistemleri, temel ilaçlara ulaşım, finansman ve liderlik alanlarının tamamında eksiklikler bulunuyordu (**Djalante ve ark., 2020**). Ülkede henüz COVID-19 olgularının tespit edilmediği ve ilk olguların bildirilmeye başlandığı dönemde olgu saptama çalışması aktif şekilde yürütülmemektedir. Dünyada salgının fark edildiği tarihten Endonezya'da ilk COVID-19 olgularının tespit edildiği tarihe kadar sadece 333 kişiye COVID-19 testi yapılmış bulunuyordu. Bu dönemde hükümetin hızlı bilimsel değerlendirme yaparak konuyla ilgili toplumu bilgilendirmesi söz konusu olmadı. Bu durum, kitle medyası ve sosyal medyada genetik üstünlük ya da dini etkiler gibi faktörlere bağlı olarak ülkede COVID-19 hastalığının görülmediği şeklinde bilim dışı yorumların ortaya çıkmasına neden oldu. Salgının erken evrelerinde sürecin proaktif şekilde yürütülüyor olmasının yanı sıra, salgın yönetimiyle ilgili eleştirel yaklaşımlara da mesafeli yaklaşıldığı gözlenmektedir. Harvard Üniversitesi tarafından Endonezya'da hiç COVID-19 hastasının olmamasının ihtimal dışı olduğuna yönelik raporlama yapılması, Endonezya Sağlık Bakanlığı tarafından ağır şekilde eleştirildi. Endonezya dışından açılan tartışmalarda konu hastalığa tanı koymaya yönelik teknik kapasite eksikliğinin yanı sıra, bilim insanı ve doktorların yeterliliklerinin sorgulanmasına kadar götürüldü. Daha ileri incelemeler, Wuhan'dan getirilen kişiler dahil olmak üzere, bazı şüpheli COVID-19 olgularının sadece klinik olarak tanı aldıklarını ve PCR testi yapılmadıklarını düşündürdü. Şüpheli COVID-19 hastalarına PCR testi yapılmamasının, vaka saptanmaması ya da az vaka saptanıyor olmasının nedeni olabileceği ileri sürüldü. Endonezya'da COVID-19 tanısına yönelik laboratuvar alt yapısının eksikliğinin bulunması, sağlık sisteminin pandemi ile başa çıkma açısından önemli dezavantajlardan biri olarak ortaya çıktı. Mart ayı sonunda farklı kurumların koordinasyonunda tüm şüpheli olgulara PCR testi yapılır hale gelmesine karşın, Güney Kore, Çin ve Japonya gibi bölge ülkeleri ile karşılaştırıldığında test sayısının düşük olduğu görülmektedir. Bu dönemde ülke genelinde 48 laboratuvar da COVID-19 PCR testi yapılmaktaydı (**Djalante ve ark., 2020**).

3. Pandemi Sağlık Sistemi

Endonezya'da 31 Mart 2020 tarihi itibarıyla, 1.528 doğrulanmış COVID-19 olgusu ve 128 ölüm bildirilmişti. Endonezya'nın başkenti Jakarta'da salgının erken evrelerinde temel üreme katsayısı 1,75 olarak hesaplanmıştı (**Dipo ve ark., 2020**). Ancak, süreyans ve test sayısındaki eksiklik nedeniyle ülkeye ilişkin verilerin pandeminin gerçek etkisini ortaya koymaktan uzak olduğu yorumu yapıldı (**Fitzgerald ve Wong, 2020**). 31 Mart 2020 tarihi itibarıyla, sağlık altyapısında pandemi ile başa çıkma açısından çeşitli eksiklikler bulunuyordu. Endonezya Sağlık Bakanlığı verilerine göre, bu tarihte çoğunluğu Java Adası'nda olmak üzere toplam 309.100 hastane yatağı bulunuyordu. Yoğun bakım yatağı sayısı ise 6.000'den azdı. Endonezya, 100.000 kişiye düşen 2,7 yoğun bakım yatağı sayısı ile, Asya ülkeleri arasında en az yoğun bakım yatağına sahip ülkelerden biri durumundaydı. Ayrıca, kırsal bölgelerde mekanik ventilatöre ulaşım ve sağlık çalışanlarına koruyucu ekipman temini konusunda eksiklikler bulunmaktaydı (**Setiati ve Azwar, 2020**). Salgınla mücadele çalışmalarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü açık değildi. Pandemi erken evrelerinde, Endonezya Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan raporlarda salgınla mücadele kapsamında birincil sağlık hizmetlerinin rolünün artırılması ve toplum eğitimi ile süreyansı içerecek şekilde toplum temelli çalışmalara ağırlık verilmesi önerilmekteydi (**Djalante ve ark., 2020**).

Endonezya'da 30 Haziran 2021 tarihi itibarıyla bildirilen toplam COVID-19 olgu sayısı 2.178.272, toplam COVID-19'a bağlı ölüm sayısı ise 58.491'di. (Şekil 1, Şekil 2) Buna göre ülkede COVID-19 olgu fatalite hızı %2,7 olarak hesaplandı. Bu tarih itibarıyla, milyon kişi başına toplam COVID-19 olgu sayısı 206 iken, milyonda COVID-19'a bağlı ölen sayısı ise 10,5'ti. 30 Haziran 2021 tarihi itibarıyla toplam 13.326.172 test uygulandı ve testlerde pozitiflik oranı %16 olarak gerçekleşti. Bu tarih itibarıyla her 1.000 kişiye uygulanan toplam test sayısı 48,72 idi ve COVID-19 olgusu başına uygulanan test sayısı 2,8 ile 12,2 arasında değişmekteydi. (**www.ourworldindata.org, 2021**). Bu veriler geçen süre içinde Endonezya'da COVID-19 test kapasitesinin artırılmadığına ve salgın kontrolü açısından önemli parametrelerden biri olan tanı kapasitesinin yetersizliği sorunun üstesinden gelinemediğine işaret etmektedir. 2021 yılının ortalarında günlük bildirilen olgu sayısı 20.000'lere ulaşarak pandemi başlangıcından bu yana en yüksek seviyeye gelmiş bulunmaktadır.

Endonezya sağlık alt yapısındaki yetersizlik, yeterli test ve izole etme olanaklarının bulunmaması ve yaygın yoksulluk nedeniyle pandemi ile mücadelede zorluklar yaşanan ülkelerden biri durumundadır. Pandeminin ilk döneminde verilerin toplu ve şeffaf şekilde paylaşılmadığı yönünde kaygılar dile getirilmişti. Bu dönemde verilerin şeffaf olmasına yönelik talepler ana akım medyada da kendine yer buldu. Henüz, 27 COVID-19 olgusunun bildirimini yapıldığı 11 Mart tarihinde, dijital medyada veri şeffaflığının sağlanmasına yönelik talepler dile getirilmekteydi (**Djalante ve ark., 2020**). Risk iletişimi konusundaki eksikliklerin de etkisiyle Endonezya'da pandemi ile mücadele çalışmalarına toplumun yeterli düzeyde katılımının sağlanamadığı görülmüştür. 15 Mart 2020'de Endonezya Hükümeti, COVID-19 pandemisine yönelik kitlesel sosyal kısıtlamaları duyurdu. Ancak, bundan üç ay sonra Endonezyalılar özellikle dini toplantılar olmak üzere, toplu etkinliklere katılmaya devam etmekteydi. 2020 Mayıs'ında yürütülen bir çalışmada Endonezyalıların %42'sinin dini kuruluşlara gittiği görülmüştü (**Kuipers ve ark., 2020**). Bunlara ek olarak, ülkede sağlık hizmetlerinde kurumsallaşmış birinci basamak hizmet modelinin bulunmaması, sağlık hizmetlerinde özel sektörün ağırlıklı rol sahibi olması ve desantralize sağlık sistemi yapısı pandemi ile mücadelede zafiyet nedeni olarak ortaya çıkmıştır. Endonezya'da pandemiye hazırlıklı olunmadığı, mücadele sürecinin şeffaf yönetilmediği, toplumun katılımının sağlanamadığı ve bütün bu eksiklere rağmen eleştirel görüşlerden yararlanma yoluna gidilmediği görülmektedir.

Kaynaklar

- Catherine S.** (2020) *The structural vulnerability of healthcare workers during COVID-19: Observations on the social context of risk and the equitable distribution of resources*, *Social Science & Medicine*, 258.
- Dipo ve ark.** (2020) *A mathematical study on the spread of COVID-19 considering social distancing and rapid assessment: The case of Jakarta, Indonesia*, *Chaos, Solitons & Fractals*, 139.
- Djalante ve ark.** (2020) *Review and analysis of current responses to COVID-19 in Indonesia: Period of January to March 2020*. *Progress in Disaster Science*, 6.
- Dyna Rochmyaningsih.** (2020) *Indonesia finally reports two coronavirus cases. Scientists worry it has many more* <https://www.sciencemag.org/> Erişim Tarihi: 01.10.2020
- Fitzgerald D.A., Wong G.W.K.** (2020) *COVID-19: A tale of two pandemics across the Asia Pacific region*, *Paediatric Respiratory Reviews*, 35: 75-80.
- Gani A.ve Budiharsana M.P.** (2018) *Consolidated Report on Indonesia Health Sector Review. National Health System Strengthening*. Kementerian PPN/Bappenas
- Kuipers ve ark.** (2020) *Encouraging Indonesians to Pray From Home During the COVID-19 Pandemic*. *Journal of Experimental Political Science*, Jul. 2020:1-12.
- Setiati S., Azwar MK.** (2020) *COVID-19 and Indonesia*. *Indones J Intern Med*, 52 (1): 84-89.
- www.ourworldindata.org.** (2020) *Indonesia: Coronavirus Pandemic Country Profile*. Erişim Tarihi:01.07.2021
- Wiseman ve ark.** (2018) *An evaluation of health systems equity in Indonesia: study protocol*. *Int J Equity Health* 17 (138). <https://equityhealth.biomedcentral.com/>
- WHO.** (2017) *The Republic of Indonesia Health System Review. Health systems in transition. Vol 7, Number 1. World Health Organization 2017*. <https://apps.who.int/iris/>
- World Bank (2016)** *Indonesia health financing system assessment. 2016*.
- www.worldmeters.info** (2020) *Asian Countries by population*. Erişim Tarihi:01.10.2020