

DOSYA/DERLEME**BREZİLYA FEDERAL CUMHURİYETİ
SAĞLIK SİSTEMİ***Alpaslan TÜRKKAN****1. Ülkenin Genel Özellikleri**

Brezilya 8.514.877 km² yüzölçümü ile dünyanın dördüncü ve Güney Amerika'nın en büyük ülkesidir. 2003 yılı nüfusu 181.400.000 olup Güney Amerika'nın en kalabalık ülkesi olma özelliğini içerir (UNDP, 2005). Atlas okyanusuna uzun bir kıyısı bulunan Brezilya, Ekvador ve Şili dışındaki tüm Güney Amerika ülkeleriyle komşu olup resmi dili Portekizce olan federal bir cumhuriyettir (Hudson, 1998).

Brezilya beş büyük bölgeye ayrılmıştır. Ülkede 26 Eyalet, bir federal bölge ve 5561 belediye bulunmaktadır. Hükümetin politik ve idari organizasyonu yasama, yargı ve yönetim olmak üzere üçe ayrılmaktadır (PAHO, 1998a). Başkanlık sistemi ile yönetilen Brezilya'da Parlamento, Senato ve Millet Meclisi bulunmaktadır. Her eyaletten üç senatör sekiz yıllığına, millet vekilleri ise dört yıllığına seçilirler. Eyaletlerde ayrıca halk tarafından seçilen bir vali ve bağımsız yargı organları bulunur.

Ülkede 230 farklı etnik grup, 90'dan fazla dil ve 300 lehçe tanımlanmaktadır (PAHO, 2001). Nüfusun % 70'ini beyazlar oluşturmaktadır. Yüzölçümünün yarısı ormanlarla kaplı olan Brezilya dünyanın en büyük tropikal ve Amazon bölgesi ile de en büyük nehir sistemine sahiptir.

Brezilya, sosyal yapı açısından çok büyük farklılıklar içerir. Güney kesimleri, daha fazla şehirleşmiş, sanayileşmiş olup siyasi ve sosyal ağırlığa sahiptir. Kuzey ve kuzeydoğu kesimleri ise daha çok kırsal bölge olarak kabul edilmektedir.

Brezilya'da çelişkiler dikkat çekicidir. Dünyanın sayılı ekonomilerinden birisi olmasına karşın insani gelişmişlik indeksinde 63. sırada, orta insani gelişmişlik seviyesindedir. Çelişkilerin merkezinde eşitsizlik bulunmaktadır (Correa S, 2005).

On sekizinci yüzyıldan itibaren zengin altın, elmas madenleri bulunan Brezilya'da zengin maden yatakları bulunmaktadır. Dünyanın en bol demir rezervi Brezilya'dadır.

1.1. Tarihçe

21 Nisan 1500 yılında Güney Amerika'ya ayak basan Portekizli gemici Pedro Alveras Cabrol, ülkeyi Portekiz kralı adına ele geçirdiğini ilan etti. Brezilyalılar, 7 Eylül 1822'de bağımsızlıklarını ilan edip, hükümet yapısı olarak anayasal monarşiyi seçene kadar sömürge olarak kaldı. Latin Amerika'da en uzun süre krallıkla idare edilen ülke Brezilya olup 1889'da kansız bir darbe ile Cumhuriyet ilan edilene kadar krallıkla yönetildi.

Bugüne kadar askeri darbeler ve iç çalkantıların en sık yaşandığı Latin Amerika ülkelerinden biri olan Brezilya'nın tarihinde ucuz işgücünün önce köle, daha sonra da ücretli olarak sömürülmesi dikkat çeker. Brezilya tarihi yerli halkın ve Afrika'dan getirilen milyonlarca insanın köleleştirilmesini anlatır.

Brezilya 1864-1870 tarihleri arasında komşusu olan Paraguay'la ve II. Dünya Savaşında da Almanya'ya karşı yaptığı savaş dışında savaşmamıştır.

1.2. Politik Yapı

1914'te siyasi birliğini sağlayan Brezilya, bütün dünya ülkeleri tarafından tanındı. 1930 yılında yapılan darbe ile

*Öğr. Gör. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

iktidara gelen Getulio Vargas, Anayasayı ve devletin korporatif yapısını değiştirerek hükümeti merkezileştirdi. Brezilya, 1964-1985 yılları arasında, 20 yıldan daha fazla bir süre, askeri rejim ile politik baskı, katı merkeziyetçilik ve ekonomik gelişmenin tersine geri kalmış sosyal gelişmenin yaşandığı bir dönem geçirdi (Collins, 2000).

1964 yılından sonraki ilk sivil devlet başkanı, 1985 yılında göreve başlayan, göreve başladıktan ve toplumda olumlu bir hava yarattıktan kısa bir süre sonra ölen Tancredo Neves olmuştur. 1989'da seçildiği zaman uzun yıllardan sonra ilk kez doğrudan seçilen başkan unvanını alan Fernando Collor de Mello, 1992 yılında rüşvet skandalı nedeniyle görevden alındı. Neoliberal patentli yolsuzluk ve rüşvet çalkantıları ile gelinen 2002 yılında ekonominin kötü durumu ve sosyal adaletsizlikler en üst seviyeye ulaşmıştı. Bu koşullar altında yapılan 2002 seçimlerinde, Brezilya tarihinde ilk kez bir sol parti, İşçi Partisi adayı Luiz Inácio da Silva (Lula) partisinin temsil ettiği neoliberalizm karşıtı program sayesinde seçimleri kazandı (Wallerstein, 2003). Seçimde ve seçimden önceki 20 yıl boyunca İşçi Partisi Brezilya'daki en büyük iki toplumsal hareketi olarak kabul edilen sendikalar ve topraksız kır işçilerinin desteğini alarak bu başarıyı gösterdi (Wallerstein, 2005). Seçim sonrası Lula'nın IMF ile yumuşak ilişkiler kurması, liberal parti başkanını başkan yardımcılığına getirmesi, seçim öncesi Lula karşıtı açıkça desteklemesine karşın Merkez Bankası'nın başına eski Bank of Boston'un başkanını getirmesi, topraksız köylülere toprak dağıtılması gibi vaatlerini ertelemesi ve bazı sosyal reformların gecikmesi onun içeride ve dışarıda eleştirildiği başlıca noktaları oluşturdu.

Los Angeles Times'a göre bankalar Lula'nın görevinin 100. gününü kutlayarak karşıladılar. Yaşanan sosyo-ekonomik eşitsizlikler ve yoksulluğun tersine ekonomik durum; borçların ödenebiliyor olması, ekonomik politikanın berrak ve tutarlı olması üzerinden övüldü. Bu çelişkilerin yaşandığı dönemde IMF ve uluslararası bankaların bakış açısına göre Lula'nın görevinin, ülkenin borçlarını ödeyebilmek için ülke kaynakları ve emek gücünün artan şekilde sömürülmesini güvence altına almak olduğu belirtilmiştir (Azul, 2003). Sonraki yıllarda Brezilya'da İşçi Partisi liderliğinin sosyalizmden sosyal demokrasiye ve sonunda liberal bir çizgiye kaydığı belirtilmektedir (Işıklı, 2005). Yoksulluğu azaltma ve gelişmiş ülkeler arasına girme vaadi üzerine kurulu seçim

kampanyası ile Lula 2006 yılında yeniden başkanlığa seçilmiştir.

Brezilya politik sistemi, koloni ve bağımsızlık döneminin geleneksel kırsal toplumunda bulunan politik kültürle açıklanmaktadır. Politik kültür üç türlü politika geliştirmiştir. Geleneksel politikada (Coronelismo) yerel Kolonel (Albay) geniş toprak sahipleriyle yaptığı birliktelikle kırsal işçi ve ailelerinin oylarını kontrol etmektedir. Yerel başkanlar politikacılara verdikleri oylar karşılığında eyalet seviyesinde politik tayinleri ve belediyelerdeki kamu işlerini almaktadırlar. 1930'dan sonra kırsal kesimden kentlere göç ile kentli nüfus artınca orta ve geniş ölçekli kentlerde müşteri stilli (clientelistic) politika gelişmiştir. Bu sistemde kent politikacıları oyları karşılığında yeni göçenlerin sorunlarını çözmektedirler. Bu iki tip politikadan ayrı olan üçüncü politika; yani doğrudan halkçı politika son yıllarda gelişmeye başladı. 1990'larda yapılan seçimler, yine de ikinci ve üçüncü tip politikanın etkisinin oy vermede etkili yöntemler olduğunu göstermektedir. Brezilya bölgesel olarak politik kültür farklılığına sahiptir. Kuzeydoğu ve kuzey eyaletleri güneydoğu ve güney eyaletlerine göre politikadan daha az karşılık beklemektedir. Üç sivil savaş gören ve politik çatışma yaşayan güneyde politik bağlılık daha fazladır.

1.3. Sosyodemografik Yapı

Beş bölgeden oluşan Brezilya'da bölgelerarası farklılıklar dikkat çekmektedir. Tablo 1'de bölgelere göre seçilmiş bazı göstergeler sunulmuştur.

Brezilya nüfusunun %29'unun yaşadığı ve %46'sı yoksul olan kuzeydoğu bölgesi insani gelişmişlik indeksinde alt seviyede yer almaktadır.

Brezilya'da son 20 yılda önemli değişiklikler olmuştur. 1975 - 2003 yılları arasında %1,8 olan nüfus artış hızının 2003-2015 yılları arasında %1,2 olacağı hesaplanmaktadır. Kentli nüfusun tüm nüfusa oranı 1970 yılında %55,9 iken 1991 yılında %76,0'a ve 2003 yılında da %83,0'a yükselmiştir. Kentli nüfusun artışına ek olarak nüfus yapısında da değişiklikler olmakta, gelişmekte olan diğer ülkeler gibi Brezilya nüfusu da yaşlanmaktadır. 2003 yılında nüfusun %28,4'ünü 15 yaş altı nüfus oluştururken 2015 yılında bu oranın %25,4 olacağı hesaplanmaktadır. 2003 yılında %4,9 olan 65 ve üstü yaşlı nüfus oranınının 2015 yılında %7,8'e yükselmesi beklenmektedir (Lobato, 1999).

Tablo 1. Seçilmiş bazı göstergelerin bölgelerde dağılımı (1998)

Bölge	Alan (%)	Nüfus (%)	İnsani Gelişmişlik İndeks Sıralaması	Yoksul Nüfus (%)
Kuzey	45	7	Orta seviye	43
Güneydoğu	11	43	Üst seviye	23
Güney	7	15	Üst seviye	20
Kuzeydoğu	18	29	Alt seviye	46
Ortabatı	19	6	Üst seviye	25
Toplam	100	100	Orta seviye	30

Kaynak: Martinez, 1999

Brezilya'da ilköğretim zorunludur. Üç çeşit ilkokuldan en yaygın olanı devlet ilkokulu olup, eyalet yöneticileri tarafından yönetilir. İkincisi belediye okulları, üçüncüsü de özel ilkokullardır. Brezilya'da 15 yaş ve üzeri erkeklerde okur-yazarlık oranı %85,1 ve kadınlarda %85,4'tür (PAHO, 1998b).

1.4. Ekonomi

Dünyanın sekizinci ve Latin Amerika'nın en büyük ekonomisi Brezilya'dadır (Hudson, 1998). Brezilya'nın 2003 yılı gayrisafı milli hasılası 492,3 milyar ABD doları, satınalma gücü paritesine göre kişi başı gayrisafı milli hasılası ise 7.790 ABD dolarıdır (UNDP, 2005).

Brezilya ekonomisi, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra kısa bir duraksamanın ardından büyük bir gelişme göstermiş ancak enflasyon, ekonomisinin başlıca sorunu olmuştur. 1967 ve 1986 yıllarında olmak üzere iki kez para birimi değiştirilmiştir. Ekonomik göstergelerinin iyiliğine karşın Brezilya ekonomisi gelişmiş bir ekonomi olarak düşünülmemelidir. Ekonomik büyüme ve yapısal değişimler refah, gelir ve fırsat eşitliğini sağlamaktan uzaktır. 1980'li yıllar boyunca yürütülen neoliberal politikalar ile Brezilya ekonomisi hızla büyüyüp dünyanın sayılı ekonomileri arasına girerken, enflasyon ve yoksulluk artmış, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve sınıflar arası uçurum derinleşmiştir. 1994 yılında ekonomide devlet kontrolü azaltılarak, telekom, elektrik, madencilik, demiryolu ulaşımı ve bankacılıkta etkin olmadığı düşünülen kamu kurumları özelleştirilmiştir. 1998 yılı ortalarında krize giren ekonomisi dolayısıyla Brezilya, IMF'den stand-by anlaşması talep etmiştir. 1999 yılındaki Asya ekonomik krizi Brezilya'yı da etkilemiş ve parasının %40 değer kaybetmesine yol açmıştır. IMF'nin bütçeden 28 milyar dolarlık kesinti yapılması ve faiz oranlarının daha artırılması yönündeki baskısı ekonomik durgunluğu derinleştirmiştir. IMF dayatması ile; kamu kesimi borcu 1994 yılında yurt içi hasılanın %30'u iken 2002 yılında %61,9'u olmuştur. IMF reçeteleri ile enflasyonun önlenmesine karşın yolsuzluk, yoksulluk işsizlik ve gelir dağılımındaki eşitsizlik derinleşerek artmıştır (Işıkli, 2005). 2002 yılında da olumsuz ekonomik gelişmeler sürmüş, yaklaşan seçimlerin belirsizlik ortamında piyasalarda ciddi dalgalanmalar olmuştur. Bu dönemde 50 milyon insan yoksulluk çekerken nüfusun %1'inin ülke zenginliğinin yarısından fazlasına sahip olduğu bilinmektedir. Seçim öncesi IMF, devlet başkanı Cordoso'nun iktidar dönemini moratoryum (ülke borçlarını ödemeceğini ilan etmesi) ile bitirmesinden duyduğu endişeyle, önlem olarak 30,5 milyar avro tutarında bir ödeme kararı alarak 6,1 milyarını hemen ödemiş, geri kalan miktar ise gelecek cumhurbaşkanının IMF koşullarını kabul etmesi koşuluna bağlanmıştır. Seçim sonucu, neoliberal modele karşı oluşan halk tepkisi ile iktidara gelen İşçi Partisi başkanı Lula, cumhurbaşkanı olmuştur (Boratav, 2005).

Brezilya'da Lula'nın iktidarı süresince neoliberal modeli değiştirip ulusal gelişmeye yönelik bir model uygulayacağı beklentisi zamanla hayal kırıklığına dönüşmüştür

(Peuckert, 2006). Brezilya 2003 Eylül ayından itibaren IMF kredisi kullanmamış ve 2004 yılı ortalarında stand-by anlaşmasını ihtiyati niteliğe dönüştürmüştür. Bu dönemde yaşanan ekonomik şokların etkisi ortadan kalkmış ve 2004 yılında ekonomi tekrar hızlı bir büyüme sürecine girmiştir. Türkiye'ye benzerliği ile gündeme sık gelen Brezilya, IMF kredi anlaşmalarını yenilememesi ve borçlarını ödemesi ile IMF politikalarının sorgulanmasına da yol açmıştır.

Brezilya, gelişen sanayisine karşın genel olarak tarım ülkesidir. Bunun yanı sıra gıda ihtiyacının bir kısmını dışardan ithal ederek karşılamaktadır. Brezilya dünyanın en büyük kahve üreticisi ve ihracatçısıdır. Ancak bu kahve Amerika kıtasındaki ülkelerin ihtiyacını ancak karşılamaktadır. Pamuk üretimi de gelişmiş olup, kahve ile birlikte önemli bir döviz kaynağıdır. Ürettiği şeker kamışı ve kakaonun büyük bir kısmını iç tüketim için kullanmaktadır. Son yıllarda Brezilya mamul sanayi ürünleri ihracatı, tarım ürünlerinden daha fazla olmuştur.

2. Sağlık Hizmetleri

2.1. Sağlık Reformunun Tarihsel Gelişimi

Brezilya'da sağlık sektörü reformunun ilk adımı; akademik grupların, ülkenin sağlık durumu, sağlığı etkileyen sosyal tanımlayıcılar ve sağlık kuruluşlarının özelliklerini incelemeye başlaması olarak kabul edilir. 1979 ile 1986 yılları arasında sağlık çalışanları, akademik gruplar, kamu kurum yöneticileri ve parlamenterlerden oluşan gruplar reform çalışmalarını hızlandırmıştır. 80'li yılların ilk yarısında ön plana çıkan bütünleşmiş sağlık önlemleri anlayışı;

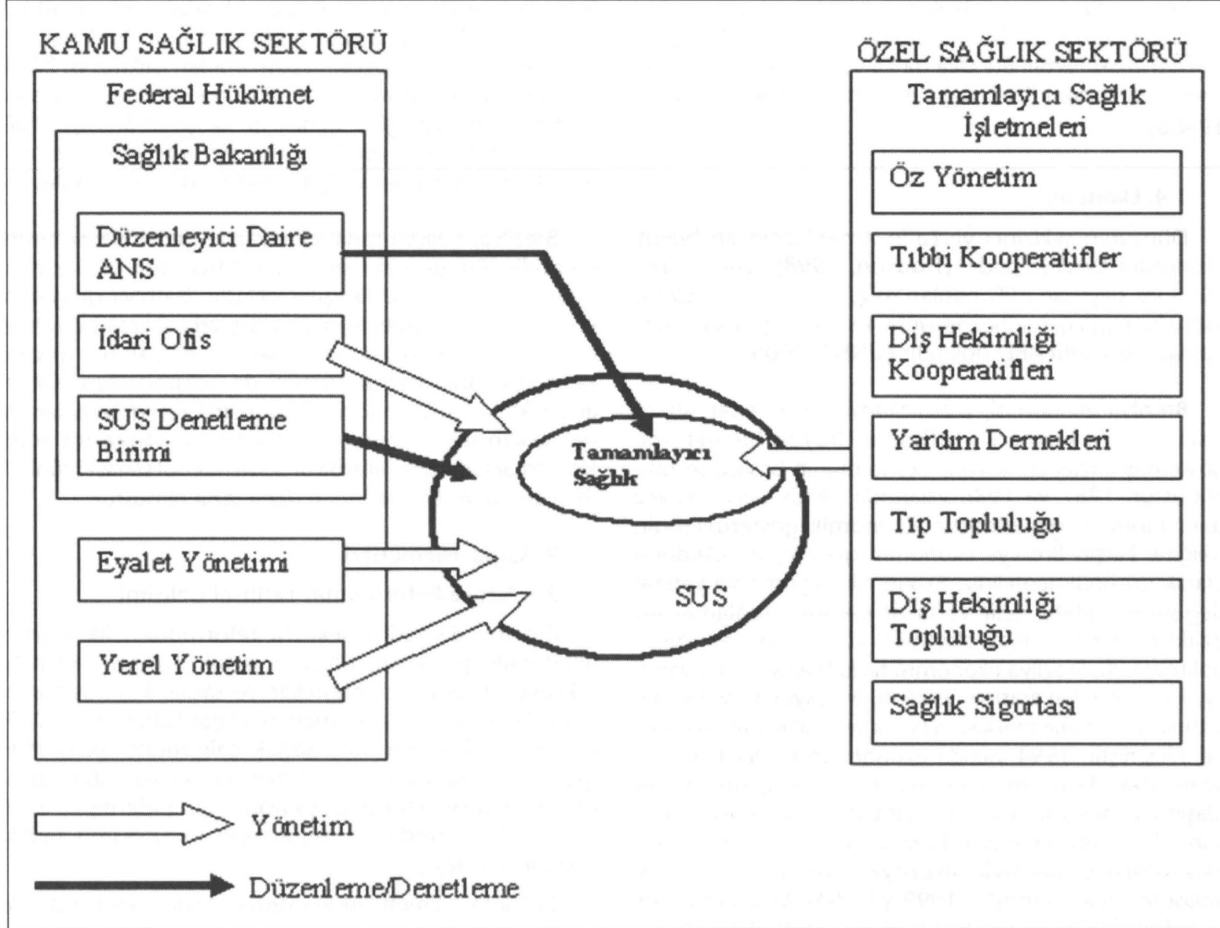
- 1) Sağlık hizmetlerinden yararlanmanın evrensel hak olması,
- 2) Kamu ve özel sektör ilişkilerini düzenleme,
- 3) Her basamakta birleştirilmiş yönetim ile yerelleştirme,
- 4) Özel finansı düzenleme ve bireysel, koruyucu ve toplayıcı olarak bölme,
- 5) Politika ve önceliklere karar verme faktörlerini içeriyordu.

1989 yılına kadar sağlık sistemi iki bölünmüş sistemden oluşuyordu. Bunlar:

1) Sosyal Sigorta ve Yardım Bakanlığı (INAMPS): Sigortası olanlara sağlık hizmeti sağladı. Bu hizmeti çalışanlar ve işverenlerin ödedikleri primler ile Sosyal Yardım ve Sigorta Fonu (FPAS) ile finanse etti. Bu sistem 1987 yılında ayaktan tedavilerin %71'ini ve hastane hizmetlerinin %64'ünü içeriyordu.

2) Sağlık Bakanlığı (MOH): Sağlık Bakanlığı halk sağlığı servisleri sadece sağlık sigortası olmayan yoksullar, akıl hastalığı olanlar, Hansen ve tüberküloz hastalığı ile bulaşıcı hastalığı olanlara ücretsiz hizmet sundu. Buna ek olarak bu hastalıkların kontrolü için çevre programlarını yürüttü.

Şekil 1. Sağlık sektörünün yapısı



Kaynak: Fernandes, 2006

Hizmetleri vergi, eyalet ve yerel yönetim servislerinin geliri ile finanse etti (PAHO, 2001).

2.2. Sağlık Sistemi Reformu

Dünyada sağlık sektöründe yerelleştirme önemli tartışma konularından biri halindedir. Bu yapı içinde Brezilya en fazla yerleşmiş sağlık sistemine sahip ülkelerden biri olarak kabul edilebilir.

Brezilya Federal Hükümeti sağlık politikası, devlet başkanı yönetiminde, sosyal sektör bakanları, finans ve planlama bakanlarından oluşan Sosyal Politika Komitesi tarafından koordine edilir (PAHO, 1998a). Desentralize sağlık sistemi 1988 yılında Brezilya Federal Yasası ile oluşturuldu. Federal yasa kapsamında, sağlık hizmetine ulaşım hak olarak tanımlandı ve buna göre temel yararlanım paketi, kişilerin ödeme gücüne bakmaksızın federal hükümet tarafından garanti altına alındı (PAHO, 2001).

Brezilya'da sağlık reformu tipik olarak; yerelleştirme, halk katılımı, temel sağlık paketi, gittikçe artan oranda finansın paylaşımı, özelleştirme ve gelişmiş veri sistemi stratejilerini içeriyordu (Atkinson, 2002).

Brezilya'da kamu ve özel sektörün birlikte hizmet ürettiği sağlık sistemi iki alt sisteme bölünmüştür. Bunlardan birincisi Birleşik Sağlık Sistemi ve diğeri Tamamlayıcı Sağlık Sistemi olarak adlandırılmaktadır. Şekil 1'de Brezilya sağlık sisteminin yapısı görülmektedir.

2.3. Birleşik Sağlık Sistemi (SUS):

Birleşik Sağlık Sistemi (SUS) 1990 yılında Temel Sağlık Yasaları'nın yayınlanması ile Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Sigorta ve Yardım Bakanlığı'nın eski görevlerini devralarak başlatıldı. Birleşik Sağlık Sistemi'nin temel prensipleri; evrensellik, eşitlik, kamu finansmanı, yerelleştirme, halk katılımı, bütünleşmiş sağlık sunumu olarak belirtilmektedir (Collins, 2000) Sağlık hizmetleri Birleşik Sağlık Sistemi içinde hükümet, eyalet ve belediye sağlık sekreteryası kontrolü altında tüm nüfusa sunulmaktadır. Birleşik Sağlık Sistemi federal, eyalet ve belediye olanakları (kamu hizmeti sunan sunucular, kapsamlı hastaneler ve birinci basamak sağlık merkezleri) ve anlaşmalı özel kuruluşlardan oluşur (PAHO, 2001). Birleşik Sağlık Sistemi'nin yönetim sorumluluğu Sağlık Bakanlığı, eyalet ve belediye meclisleri tarafından üç seviyede paylaşılır. Aynı seviyelerdeki yönetimlerin bütünleşmesi, Yönetimlerarası Komisyon ile tamamlanır (Lobato, 1999).

Temel olarak belediyeler birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumludur. Sağlık servisleri ve sağlık önlemlerini planlama, organizasyon, izleme ve değerlendirme yükümlülükleri vardır (PAHO, 2001).

Eyaletlerin görevleri arasında; koordinasyon, izleme, sevk sistemi ve tabakalı hizmet sistemini değerlendirme ve ek olarak belediyeler ile tamamlayıcı önlemler, teknik ve finansal işbirliği bulunmaktadır.

Federal seviyenin ana görevi düzenleyiciliktir. Bu rolü ulusal sağlık politikalarını değerlendirme, sistemde benzerlik sağlama, kamu ve özel sektör ilişkilerini düzenleme, standart ve üretim ile hizmetin kalite kontrol modelini oluşturma, teknolojiyi izleme yanı sıra eyalet ve belediyeler ile teknik ve finansal işbirliği sağlama şeklinde yürütür.

1988'deki yasal düzenlemede Birleşik Sağlık Sistemi'nin sosyal güvenlik bütçesi, çalışanların ücrete dayalı zorunlu ödedikleri primler, federal, eyalet ve belediye bütçeleri ile diğer kaynaklardan finanse edileceği tanımlanmıştır (Lobato, 1999). Ne bu yasa ne de sosyal güvenlik bütçesinde sağlık için harcanacak kaynakların tutarı belirtilmediğinden; Bütçe Direktifleri Yasası kaynakları, sosyal güvenlik bütçesinin en az %30'u kadar olmak üzere sabitledi. Ancak bu en az ödeme gerçekleşmedi. Sosyal Güvenlik Kuruluşu kaynak aktarımını kesince 1992 yılında sektörde derin bir finansal kriz yaşandı. Birleşik Sağlık Sistemi 1993 yılında itibaren merkezi hükümetin fazladan aktaracağı bütçeye bel bağlamaya başladı. Bankacılık işlemlerine getirilen özel vergi 1996 yılında sorunu çözdü. Buna ek olarak eyalet ve belediyeler artan miktarda sisteme kaynak aktardılar.

1998 yılında çıkan yasa Düzenleyici Daire'yi (ANS) özel sağlık sektörü ve sigorta planlarını düzenlemesi için belirledi. Amaçları:

1. Özel sağlık hizmetleri ve sigortalarında üye kapasitesi ve katılımı artırmak, kapsayıcılığı garanti etmek, ücretleri ve kapsayıcılığın tipini ve üye yaşlarını ayarlamak,
2. Özel sektör katılımcılarının bilgilerinin standardize edilmesi, kullanıcı, operatör, hizmet sunan ve birleşik sağlık servislerini tanımlamak,
3. Özel sektörün benzerliğini ve sürekliliğini garantilemek,
4. Tüm kullanıcıların özel sektöre ulaşabilmelerini sağlamaktır.

Bu amaçlarla halkın tamamlayıcı sağlık bakımına ilgisini çekmek, özel sektör girişimcilerinin halkla ve sağlık çalışanlarıyla ilişkilerini düzenlemek ve ülkedeki sağlık girişimlerine katkıda bulunmak, topluma bütüncül sağlık hizmeti için toplum yararını gözetilen dengeli bir piyasa kurmak için çalışmaktadır. Tamamlayıcı Sağlık Sisteminde hizmet yürüten, ekonomik ve finansal yapısına göre farklı

gruplar, Düzenleyici Daire (ANS) tarafından düzenlenir ve denetlenirler. ANS'nin yönetim fonksiyonu yoktur. Birleşik Sağlık Sistemi, Sağlık Bakanlığına bağlı Denetleme Birimi tarafından kontrol edilir. Bu biriminde, ANS gibi, yönetsel bir işlevi yoktur (PAHO, 2001).

Sağlık Bakanlığı, Birleşik Sağlık Sistemi'nde eyalet ve yerel yönetim ile birlikte organize edilen yönetsel fonksiyonunu İdari Ofis ile yürütür.

Brezilya nüfusunun %75'i Birleşik Sağlık Sistemi'ni kullanmaktadır (PAHO, 2001).

2.4. Tamamlayıcı Sağlık Sistemi (Özel Sağlık Sektörü)

Toplumun sağlık hizmetlerinden beklentileri konusunda kamu sektörünün geri kalması ile özel sektörün büyümesinin önü açılmıştır. Sağlık sigortası ödeme gücü olanlar, Birleşmiş Sağlık Sistemi'ni (SUS) acil sağlık hizmetleri ve sigorta paketlerinin kapsamadığı karışık hastalıklar ve tedavileri için kullanmışlardır. Bu şekilde özel sağlık sektörü, sağlık hizmetlerine tamamlayıcı kaynak haline dönüştü. Bu dönüşüm ile özel sağlık sektörü ve sigortası Brezilya nüfusunun %30'unu kapsar hale geldi (PAHO, 2001).

Günümüzde Brezilya sağlık sektörü kamu hizmeti olarak yürütülen Birleşik Sağlık Sistemi'nin yanı sıra özel sektörü, sigorta ve sağlık kuruluşlarını da içerir. Bu sistem gönüllü üyelik ve önceden prim ödeme sisteminde özel sağlık planları ile sigorta şirketlerini içerir. Ülkedeki tüm sağlık kurumlarının Birleşik Sağlık Sistemi çerçevesinde hizmet yürütmesine karşın Tamamlayıcı Sağlık Sistemi'nin Birleşik Sağlık Sistemi'ne tam uyum sağlayamadığı bildirilmiştir (Lobato, 1999).

1988 yasasına göre hak olan sağlık hizmetinin %70'i Birleşik Sağlık Sistemi içinde kamu tarafından sunulmaktadır. Toplumun %30'unu oluşturan Birleşik Sağlık Sisteminin kapsamadığı Tamamlayıcı Sağlık Sistemi'ne dahil olan toplumun; Birleşik Sağlık Sistemi hizmetlerinden yararlanabileceği halde prim ödeyerek özel sağlık sektöründen yararlanmayı seçenlerden oluştuğu (Fernandes, 2006) bildirilmektedir.

Brezilya özel sağlık sektörü temel olarak beş farklı yapıdan oluşmaktadır:

1. Tıp Grubu Uygulama Şirketleri: Tıbbi işletmelerden oluşur ve sıklıkla bireysel, aile ve işletme sağlık planlarını ön ödeme temelinde yönetir. Kendi bünyesinde akredite işletmeleri vardır. 1997 yılında özel sigorta pazarının %42'sini oluşturmuştur.

2. Tıbbi Kooperatifler: Doktorlar ve akredite hastane ve servislerden oluşur ve bireysel, aile ve işletme sağlık planları sunar. 1997 yılında özel sigorta pazarının %25'ini oluşturmuştur.

3. Sağlık Sigortası: Sigorta şirketleri tarafından yönetilir. Kendileri sağlık hizmeti sunduğu gibi;

kullanıcıların doktor ve hastane seçimi serbesttir ve yaptıkları harcamalar geri ödenir. 1997 yılında özel sigorta pazarının %11'ini oluşturmuştur.

4. Özyönetim: Büyük işverenler kendi hizmetlerini finanse eder ve yönetir. Tıbbi ve hastane bakımını kendi çalışanları ve bağımlılarına sunar. 1997 yılında özel sigorta pazarının %17'sini oluşturmuştur.

5. Yönetim Planı: Özyönetim'e benzer, ancak mali aracı ile yönetilir. 1997 yılında özel sigorta pazarının %5'ini oluşturmuştur (PAHO, 2001).

Özel sağlık sigortaları daha çok ikinci basamak sağlık hizmet sunumunda yoğunlaşmıştır. Bu kapsamda olanların %78'i Brezilya'nın güneydoğu bölgesinde yaşamaktadır. Özel sağlık sistemi ülkenin sağlık sistemi içinde önemli bir yere sahiptir. 2002 yılında özel sektörün 11.142.061.281 ABD doları kazanç elde ettiği ve 30 milyondan fazla kişiye hizmet sunduğu bildirilmektedir. Ülkedeki önemli yerine karşın özel sağlık sektörü, coğrafi olarak eşit bir şekilde dağılmamış, kimi bölgelerde kapsayıcılığı çok düşük kalmıştır. Özel sektörün kapsayıcılığının İnsani Gelişmişlik İndeksi ile ilişkili olduğu, İnsani Gelişmişlik Düzeyi yüksek olan bölgelerde Tamamlayıcı Sağlık Hizmetleri'nin kapsayıcılığının arttığı bildirilmektedir (Fernandes, 2006). Özel sağlık sektörünün, sağlık planları daha uygun olan sigorta şirketleri dışında mali bakımdan yetersiz olduğu bildirilmektedir (Fernandes, 2006).

Sağlık reform sürecinin eyaletlerde, politik yapı ve idari kapasitelerine göre farklı hızlarda tamamlandığı bildirilmektedir (Villarosa, 1998).

2.5. Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık verileri yerel düzeyde aktif olarak toplanmaktadır. Yerel Sağlık Sekreteryasında toplanan sağlık verileri Bölge Sağlık Birimi'ne yollar. Buradan da Sağlık Bakanlığı'nda veri ve epidemiyoloji birimlerine yollar. Merkezi seviyede toplanan veriler planlama amacıyla kullanılır. Bölgesel sağlık verileri temel olarak hastalık ve ölümlere ilişkindir. Bu veriler tanımlama, strateji belirleme ve izleme amacıyla kullanılır. Bölgesel ve merkezi olarak birçok analizin başarıldığı, buna karşın yerelde az sayıda verinin standart olmayan şekilde analiz edildiği

bildirilmektedir (Ausse, 1995). Brezilya'da sağlık kayıt sistemine yönelik eleştiriler de yapılmış, henüz güvenilir bir bilgi sisteminin olmadığı, topluma yönelik bilgilerin eksik ve yanlış olduğu da bildirilmiştir (Villa, 1999). Birleşik Sağlık Sistemi tarafından finanse edilmeyen özel sektör ile koordinasyon yoktur. Bu durum sektör performansında kayıplara neden olmaktadır (WB, 2003).

2.6. Sağlık Kuruluşları

Brezilya'da 1992 yılında birinci basamak sağlık kurumlarından büyük hastanelere kadar yaklaşık 50.000 sağlık kuruluşu olduğu bildirilmektedir (Villa, 1999). 1992 yılında Brezilya'daki kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarının dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Tüm sağlık kuruluşlarının yarıya yakını özel sağlık sektörüne aittir. Özel sağlık sektörünün uzmanlık ve ileri teknoloji gerektiren sağlık kuruluşlarında yoğunlaştığı görülmektedir (Tablo 2).

2.7. Finansman

Her üç basamak da kamu (federal, eyalet ve belediye) sağlık sistemi finansmanından sorumludur. Finansmanda vergi geliri ve kişilerin ödedikleri, federal hükümet tarafından toplanan sosyal fonlar kullanılır. Sağlık sektöründe kaynakların %70'i federal seviyededir. 1997 yılında kaynaklar;

- %72'si federal kaynaklı sosyal fon primleri,
- Mali düzen tahvilleri %19,
- Ulusal hazine tahvilleri %3,6,
- Olaysız toplanan ceza ve satış girdileri,
- Düzenli vergi %0,9 ve
- Diğer %1,7 olarak bildirilmiştir (PAHO, 2001).

Her bir eyalette bulunan iki bölümlü idareler arası komisyon (BIC) belediyeye fon tahsisatını kararlaştırır. Komisyon eyaletlerde belediyelerin ve sağlık sekreteryasının temsilcisidir. Komisyon kamu, özel ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve anlaşmalı eyaletler ve belediyelere kullanım nedenli ödeme yapar. Ödemeler değişik prosedürlere göre kararlaştırılır. Her belediye ayaktan ve yatarak tedavi görmüş hastalar için dayanak belgeleri ile ödemelerini alır.

Tablo 2. Kamu ve özel sektör sağlık kuruluşları (1992)

Kuruluş	Kamu (%)	Özel (%)	Toplam
Tüm kuruluşlar	55	45	49.676
Poliklinik	65	35	24.016
Hastane	28	72	7.415
Acil Bakım	38	62	8.440
Uzman teşhis	25	75	16.400
Uzman Tedavi	28	72	7.050
Kan Bankası	28	72	1.078
Hastane yatakları	25	75	544.357

Kaynak: Villa, 1999

Tablo 3. Seçilmiş bazı göstergelere göre sağlık harcamaları

	1999	2000	2001	2002	2003
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Oranı	7,8	7,6	7,8	7,7	7,6
Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu Harcamaları Oranı	42,8	41,0	42,9	44,8	45,3
Sağlık Harcamalarının Tüm Devlet Harcamaları İçindeki Oranı	9,3	8,5	9,2	9,7	10,3
Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması (ABD doları)	243	263	224	199	212
Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (ABD doları)	104	108	96	89	96

Kaynak: WHO, 2006

Tablo 4. Sağlık insan gücü (2000)

Meslek	Sayı	1000 kişi başına düşen sayı
Doktor	198.153	1,15
Hemşire	659.111	3,84
Diş Hekimi	190.448	1,11
Eczacı	51.317	0,30
Laboratuar Teknisyeni	44.095	0,26
Çevre sağlığı memuru	167.080	0,97
Sağlık Yönetim ve Destek Çalışanları	839.376	4,89
Diğer Sağlık Çalışanları	237.100	1,38

Kaynak: WHO, 2006

1996 yılında federal kaynakların %26'sı birinci basamak, %61'i ikinci basamak ve %16'sı üçüncü basamak sağlık hizmetlerine harcanmışken, belediye ve eyalet seviyesinde harcamaların önemli bir bölümü birinci basamak sağlık hizmetleri için yapılmıştır. Hastanelere aktarılan fonların büyük bir kısmını özel sektör hastaneleri almaktadır (Haines, 1995). Federal yönetimin 1985 ve 1996 yıllarında kamu sağlık harcaması payı %73'den %54'e gerilemiştir. Aynı yıllarda yerel yönetimler harcamalarını %9'dan %18'e artırmıştır (Medici, 2002).

Mali teşvikler, birinci basamak sağlık hizmeti ve koruyucu hizmet amacı olan Aile Sağlık Programı (PSF) ve Toplum Sağlık Acenta Programı (PACS) için gerçekleştirilmiştir.

Halen sağlık harcamalarının %17-25'i birinci basamak sağlık hizmetine yapılmaktadır. Sağlık sektörünün finansı ülkede hakça ve eksiksizlik amaçlarını kapsamaktan uzaktır (PAHO, 2001).

1980-1990 yılları arasında yüksek seyreden kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılasına oranı 1989 yılında %3,3 olmuştur. 1990 yılında tüm sağlık harcamalarının %34'ünü oluşturan özel sağlık harcamaları da bu hesaba katıldığında toplam sağlık harcaması 1995 yılı için gayri safi yurt içi hasılasının %4,1'ine ulaşır. 1990-1993 yılları arasında kamu sağlık harcamalarındaki büyük azalma, bireysel cepten harcamaları artırmıştır (PAHO, 1998a). 2002 yılında kamu sağlık harcamaları gayrisafi milli hasılasının %3,6'sı, özel harcamalar %4,3'ü kadardır (UNDP, 2005). Brezilya'da seçilmiş göstergelere göre sağlık harcamaları (WHO, 2006) Tablo 3'te sunulmuştur.

Kamu tarafından anlaşmalı hastanelerden hizmet alımında bazı güçlükler yaşanmaktadır. Tedavi şemalarına göre belirlenen ücretler az olduğundan resmi olmayan ödeme yapıldığı bildirilmektedir (Martinez, 1999).

2.8. Sağlık İnsangücü

Brezilya'da 2000 yılı sağlık insan gücü Tablo 4'te sunulmuştur (WHO, 2006).

Sağlık insan gücü dağılımı nüfusun daha yoğun olduğu ve gelişmiş bölgelerde yoğunlaşmaktadır (PAHO, 1998a).

3. Ölümler

70'li yıllarda başlıca ölüm nedenlerinden olan enfeksiyon ve parazitik hastalıklar artık ülkede başlıca ölüm nedenlerinden bir olmamakla birlikte, yoksul bölgelerde önemini yitirmemiştir. Bununla birlikte ülkede dış nedenlerle oluşan ölümlerde artış görülmektedir. Bu, kentsel ve çatışmaların olduğu alanlardaki şiddetin yansıyan yüzüdür. Tablo 5'de Brezilya'da başlıca ölüm nedenlerinin yıllara göre değişimi sunulmuştur.

1979-1995 yılları arasında kardiyovasküler hastalıklara ve tanımlanamayan nedenlere bağlı ölümler ilk iki sırada yer alan başlıca ölüm nedeni olmuştur. Tanımlanamayan ölümlerin, başlıca ölüm nedenleri arasında yer alması ölümlerin tanımlanmasına yönelik iyi bir kayıt sistemi olmadığını düşündürmektedir (Lobato, 1999).

Kaza ve şiddet nedenli ölümler Brezilya'da önem taşımaktadır. 1995 yılında olan 255.000 yaralanmalı kaza

Tablo 5. Brezilya'da başlıca ölüm nedenleri

1979	1985	1991	1995
Kardiyovasküler Hastalıklar	Kardiyovasküler Hastalıklar	Kardiyovasküler Hastalıklar	Kardiyovasküler Hastalıklar
Tanımlanamayan nedenler	Tanımlanamayan nedenler	Tanımlanamayan nedenler	Tanımlanamayan nedenler
Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar	Yaralanma	Yaralanma	Dış Nedenler
Yaralanma	Kanser	Kanser	Kanser
Kanser Hastalıkları	Solunum Sistemi	Solunum Sistemi	Solunum Sistemi Hastalıkları

Kaynak: Lobato, 1999

25.513 ölüm ile sonuçlanmıştır. Kaza ve şiddet nedenli ölümler en sık 15-60 yaş grubunda olmaktadır. 1994 yılında bu yaş grubundaki ölümlerin %30'u kaza ve şiddet nedeniyle olmuştur (PAHO, 1998b).

4. Güncel Sağlık Sorunları

Hastalıklar bölgeler arasında büyük değişiklik göstermektedir. Hastalık kayıtları hastanelerde tutulmaktadır. Bu durum hastaneye ulaşanlardaki hastalık durumunu saptadığından toplumu tam yansıtmayabilir. Tropikal ve subtropikal bölgelerde bulaşıcı hastalıklar fazladır. Toplumun %12'sinin yaşadığı bu bölgelerde sıtma riski vardır. 2000 yılında Sıtma insidansı yüzbinde 344 olarak bildirilmiştir (UNDP, 2005).

Şistozomiazis güneydoğu bölgesinde endemik olarak görülmektedir. Büyük şehirlerde tüberküloz artmaya başlamıştır. Tüberküloz nedeniyle yılda 9.000 ölüm olduğu bildirilmektedir. 1995 yılında 91.000 klinik tüberküloz vakası teşhisi bildirilmiştir. 2003 yılında tüberküloz insidansı yüzbinde 91 olmuştur (UNDP, 2005). 1997 yılından itibaren Brezilya'da %72'si güneydoğu bölgesinde yaşayan 103.262 AIDS olgusu bildirilmiştir (Martinez, 1999). Yıllık 2000 olgu olarak bildirilen Kala-azar hastalığının %90'ı Kuzeydoğu bölgesindedir (PAHO, 1998b).

En son poliomyelitis 1989 yılında bildirilmiştir. 1995 yılında 127 neonatal tetanoz olgusu bildirilmiş olup sporadik olarak bulunmaktadır. 1991-1994 arasında toplam 150.000 kolera olgusu bildirilmiş, olgulardan 1700'ü ölmüştür. 1996 yılında olgu sayısı 900'dür. 1987 ile 1996 yılları arasında toplam 504.219 cinsel yolla bulaşan hastalık bildirilmiştir. Viral hepatit Brezilya'da yaygındır. 1995 yılında 16851 olgu hastanede yatmış, 800'ü ölmüştür (PAHO, 1998b).

Gebe kadınlarda demir eksikliği anemisi prevalansı %25-44 arasında değişmektedir. Düşük doğum ağırlığı binde 7,8'dir (PAHO, 1998b).

Kanser insidansı kadınlarda 100.000'de 176 ve erkeklerde yüzbinde 162'dir. Yüz binde 20,1'lik insidans ile akciğer kanseri en sık görülen kanser türüdür.

Brezilya'da büyüyen diğer bir sorun özellikle gençler arasında yasadışı ilaç kullanımınıdır. 1995 yılında akıl hastalıkları nedeniyle hastanedeki tedavilerin %20'sini alkol ve ilaç kullanımı oluşturmuştur (PAHO, 1998b).

5. Eşitsizlikler

Brezilya'da ortalama gelire bakıldığında, yoksulluk görece olarak yüksektir. Bu Brezilya'da gelirin çarpık dağılımını göstermektedir. Latin Amerika gelir dağılımındaki eşitsizlik açısından dünyada en fazla adaletsizliğin olduğu bölgesi ve bu bölgenin gelir dağılımı en bozuk olan ülkesi Brezilya'dır. En üst gelir düzeyine sahip %20'lik kesim toplam gelirin %64'üne sahiptir (Vinod, 2006). Brezilya'da sosyal sınıflar arasında, kent ve kırsal arasında ve bölgelerde büyük ölçüde eşitsizlikler vardır (Ludermir, 1998).

Tüm dünyada olduğu gibi Brezilya'da da düşük sosyoekonomik yapı sağlık hizmetine ulaşımında engelleyici rol oynamaktadır. Özellikle kırsal yaşayan kadınlarda bu eşitsizlik belirgindir. Etnik gruplar arasında da özel sağlık hizmetlerine ulaşma açısından eşitsizlikler yaşanmaktadır. 2001 yılı Gini katsayısı 59,3 olan Brezilya'nın sosyal, politik ve sağlık alanındaki başlıca sorunu eşitsizliklerdir (Lobato, 1999). Dünyanın sayılı büyük ekonomik yapısına sahip olan Brezilya, İnsani Gelişme İndeksine göre 63. sırada yer almaktadır (UNDP, 2005).

Brezilya'da ekonomik büyüme sosyal eşitliği sağlayamamıştır. Aksine toplumun en yoksul %50'lik diliminin toplam gelirden aldığı pay azalmaktadır. Buna göre Brezilya'da eşitsizliklerin daha da derinleştiği söylenebilir. Brezilya'da bölgeler arasındaki eşitsizlikler çarpıcıdır. Güney bölgesinde yoksul nüfus oranı %20,1 iken, ülkenin kuzeydoğusunda bu oran %45,8'e yükselmektedir (Lobato, 1999). Yine güneyde doğumda

Tablo 6. Bölgelere göre bebek ölümü ve beklenen yaşam ümidi dağılımı-2000

Bölge	Bebek Ölümü	Beklenen Yaşam Ümidi
Kuzey	33,88	68,47
Kuzeydoğu	52,36	65,78
Güneydoğu	20,61	69,58
Güney	17,17	71,03
Orta Batı	25,08	69,42

Kaynak: WB, 2003

beklenen yaşam süresi 71,03 yıl iken, kuzeydoğuda 65,78 yıla düşmektedir. Brezilya'da bebek ölümü ve beklenen yaşam ümidi açısından bölgesel farklılıklar Tablo 6'da sunulmuştur (WB, 2003).

Brezilya'nın sosyoekonomik açıdan en gelişmiş bölgesi olan güney ve güneydoğuda diğer bölgelere göre bebek ölüm hızı düşük ve beklenen yaşam süresi yüksektir.

Brezilya'da en iyi durumdaki 10 belediyede bebek ölüm hızı binde 8,05 iken en kötü durumdaki 10 belediyede ise binde 117,14'tür. Toplumun en yoksul %20'lik diliminde bebek ölüm oranı binde 83,2 iken, en zengin %20'de bu oran binde 28,6'dır. Benzer durum beş yaş altı ölümlerinde de söz konusudur (UNDP, 2005).

Sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından da Brezilya'da derin eşitsizlikler vardır. Tablo 7'de %20'lik gelir dilimlerine göre sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu sunulmuştur (WB, 2003).

1998 yılında sağlık hizmetleri kullanım kaynaklarının %26,93'ü özel sigorta ve fonlar ve %15,88'i cepten harcama şeklinde gerçekleşmiştir (WB, 2003). Aynı yıl cepten harcamaların yarıya yakını (%44.03) sağlık planlarına, %16,53'ü ilaç alımına, %15,74'ü diğ

tedavilerine, %5,4'ü gözlük alımına yapılmıştır (PAHO, 2001). Alt gelir düzeyindeki topluluklarda sağlık hizmetinden yararlanma oranları diğer gelir düzeyindeki topluluklara göre daha azdır (Tablo 7).

Prensip olarak Birleşik Sağlık Sistemini kullananlar için ilaç ücretsizdir. Ancak pratikte bir çok ilaç bedeli cepten ödenmektedir. İlaç alımları yoksul aileler için daha büyük bir yük oluşturmaktadır (WB, 2003).

Zengin doğal kaynakları ve ekonomik gücü göz önüne alındığında Brezilya, sağlık göstergeleri açısından olması gerektiği yerde değildir. Ekonomik göstergelerin sergilediği olumlu görüntü toplumun sağlık ve refahına yansımamaktadır. Ekonomik güç üst toplumsal sınıflarda yoğunlaşmakta, toplumsal sınıflar arasındaki eşitsizlikler derinleşmekte ve bu da toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi, yasa ile tüm halka "temel sağlık paketi" çerçevesinde sağlık hakkı tanınmasına karşın, sağlık hizmetine ulaşmada sıkıntı yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesinin ardından uzunca bir zaman geçmiş olmasına karşın sorunlar devam etmektedir. Bu noktada kaynakların kötü kullanımından söz edilebilir. Bilgi sistemindeki yetersizlikler ve Birleşik Sağlık Sistemi tarafından finanse edilmeyen özel kuruluşlarla tam bir koordinasyon sağlanamamış olması sağlık göstergelerine olan güveni sarsmaktadır. Kamu harcamalarındaki azalma eğilimi, özellikle üst gelir gruplarında yoğunlaşan, cepten harcamaları artırmıştır. Sağlık göstergeleri ülkedeki eşitsizlikleri yansıtmaktadır.

KAYNAKLAR

Atkinson S. (2002). Political cultures, health systems and health policy. *Social Science&Medicine* 55, 113-124

Ausse J, Omar, M, Mamede S, Mecedo, M, Pinto A, Campos J. (1995). Developing an information system to support the pursuit of decentralization. *Journal of Management in Medicine*. 9(4):35-43

Tablo 7. Sağlık hizmetlerinde yararlanma oranları -1998

	Brezilya	1. %20	2. %20	3. %20	4. %20	5.%20
Genel	13,19	9,92	11,75	13,18	13,98	17,15
Cinsiyet						
Erkek	10,27	7,9	9,36	10,26	10,5	13,33
Kadın	15,97	11,81	14,04	15,95	17,33	20,76
Yaş Grupları						
<5 yaş	17,64	13,76	17,67	18,08	21,15	23,79
5-14 yaş	8,57	6,23	7,6	8,51	10,78	13,09
15-29 yaş	10,72	8,67	9,54	10,61	10,81	13,9
30-59	14,72	12,52	13,34	14,15	14,55	17,52
60 ve üstü	21,55	15,36	18,56	20,94	22,02	25,34
Bölge						
Kentsel alan	14,91	11,42	12,65	13,32	14,85	18,83
Kırsal alan	13,22	11,26	12,32	13,51	13,54	15,33

Kaynak: WB, 2003

Azul R. (2003). Brezilya: Lula'nın ilk 100 günü-yoksullar için kemer sıkma, zenginler için vergi indirimi. <http://www.wsws.org/tr/2003/may2003/lula-m06.shtml>

Boratav K. (2005). Brezilya Solcuları ve Devlet. http://www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=3257

Collins C. (2000). Collins C., Araujo J., Barbosa J., Desentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy*, 52, 113-127

Correa S. (2005). McIntyre P., Rodrigues C., Paiva A., Marks C., The Population and Reproductive Health Programme in Brazil 1990-2002: Lessons Learned. *Reproductive Halthy Matters*, 13 (25):72-80

Fernandes E. (2006). Pires H., Alberto A., Ignacio V., Sampaio L. An analysis of supplementary health sector in Brazil. *Health Policy*, baskıda)

Haines A. (1995). Primary care at last for Brazil?, *BMJ*, 310:1346-1347

Hudson R.A. (1998). About Brazil. <http://www.floridabrasil.com/brazil/index.html>

Işıklı A. (2005)b Neoliberalizmin Latin Amerika Serüveni-2 Brezilya'da Lula. http://www.politics.ankara.edu.tr/sbfl/ocalin/dex.php?uye_adi=isikli&baslik=Birezilya'da+Lula

Lobato L. (1999). Reorganizing the Health Care System in Brazil. International Development Research Center. www.idrc.ca/en/ev-35519-201-1_DO_TOPIC.html

Ludermir A. B. (1998). Harpham T., Urbanization and mental health in Brazil: Social and economic dimensions. *Health&Place*,(4) 3:223-232

Martinez J. (1999). Brazil Health Briefing Paper www.dfidhealhrc.org/publications/country_health/BRAZIL.PDF

Medici A.(2002). Financing Health Policies in Brazil Achievements, Challenges and Proposals. http://www.undp.org/povertycentre/publications/health/FinancingHealthPoliciesBrazil_IADB.pdf.

PAHO. (1998a). *Brezilya*. www.paho.org/english/HIA1998/Brazil.pdf

PAHO. (1998b). Health Situation Analysis and Trends Summary. <http://www.paho.org/english/sha/prflbra.htm>

PAHO. (2001). Health Sector Reform and Equity: Bolivia and Brazil Study Cases. UNDP. (2005) Human Development Report 2005HDP/HDD Technical Report Series No.78

Peuckert. G. (2006). Brezilya'da Seçim Öncesinde Lula Hükümeti ve Sol. <http://lahy.wordpress.com/tag/brezilya/>

Villarosa, F. (1998). Information, Management and Participation: A New Approach from Public Health in Brazil. Frank Cass, London. 27-29

Villa T. (1999). Assis M., Mishima M., Pereira M., Almeida M.,Pahla P. Nursing and the Health System in Brazil. *The Journal of Nursing Scholarship*, (31)4, Health&Medical Complete

Vinod T. (2006). From Inside Brazil: Development in the Land of Contrast. Herndon, VA, World Bank, 23-29

Wallerstein I. (2003). Brezilya ve Dünya Sistemi: Lula Dönemi. <http://www.binghamton.edu/fbc/120-tr.htm>

Wallerstein I. (2005). Solda Çatlaklar Büyüyor mu?. <http://www.binghamton.edu/fbc/168-tr.htm>

WHO. (2006). The World Health Report 2006: Working together for health

WB (2003). World Bank Staff, Brazil: Equitable, Competitive, Sustainable. World Bank, 160-179