



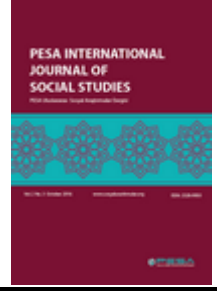
**PESA INTERNATIONAL JOURNAL
OF
SOCIAL STUDIES**

**PESA ULUSLARARASI
SOSYAL ARAŞTIRMALAR DERGİSİ**

June 2017, Vol:3, Issue:2
e-ISSN: 2149-8385

Haziran 2017, Cilt:3, Sayı 2
p-ISSN: 2528-9950

journal homepage: www.sosyalarastirmalar.org



**Brezilya Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi
Assessment of the Brazilian Health System**

Gamze KUTLU

Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gkutlu@ankara.edu.tr

Türkan YILDIRIM

Doç. Dr, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, turkan.yalcin@health.ankara.edu.tr

MAKALE BİLGİSİ

Makale Geçmişi:

Geliş 25 Mayıs 2017
Kabul 24 Haziran 2017

Anahtar Kelimeler:

Brezilya, Sağlık sistemi, Sağlık yönetimi,
Sağlık reformu.

© 2017 PESA Tüm hakları saklıdır

ÖZET

Bu çalışmanın amacı 206 milyon nüfusuyla dünyanın beşinci büyük ülkesi olan Brezilya ile 2003 yılından bu yana sağlık sisteminde kapsamlı reform sürecini gerçekleştiren Türkiye'nin sağlık sistemleri bazı başlıklar çerçevesinde karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Bu bağlamda çalışmada Brezilya sağlık sistemleri; sağlık insan gücü, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık sisteminin idari yapısı, sağlık reformları, sağlık statüsü göstergeleri, başlıca sağlık sorunları, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve harcamaları boyutu ile değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda, 2011-2015 yılları arasında Dünya Bankası, OECD ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan istatistikler incelenerek iki ülke sağlık sisteminin mevcut durumu ortaya konulmuştur. Brezilya sağlık sistemi federal bir yapıdadır. Eyalet sistemi olduğundan dolayı merkezden yönetim çok etkili değildir. Kamu tarafından finanse edilen ve nüfusun %75'ini kapsayan Birleştirilmiş Sağlık Sistemi 1990 yılında kurulmuştur. Kamu sistemi daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini ve yerli sağlığı hizmetlerini sunarken, tedavi edici sağlık hizmetleri sunumu belediyelere verilmiştir. Toplam sağlık harcamaları 2014 yılında GSYH'nin %8,3'ü olup, bu rakam DSÖ tarafından önerilen %5'den yüksektir.

ARTICLE INFO

Article History:

Received 25 May 2017
Accepted 24 June 2017

Keywords:

Brazil, Health system, Health
management, health reform.

ABSTRACT

The purpose of this paper is Brazil, the fifth largest country of the world with 206 million population, and Turkey's health systems, which have carried out a comprehensive reform process in the health system since 2003, have been compared. In this context, the Brazilian health system was evaluated in terms of health manpower, provision of health services, administrative structure of health system, health reforms, health status indicators, main health problems, financing and expenditures of health services. In this regard, between 2011 and 2015, the statistics released by the World Bank, the OECD and the World Health Organization were analyzed to reveal the current state of the health system of the two countries. The Brazilian health system is federal. Because of the state system, centralized management is not very effective. The Unified Health System (SUS), funded by the public and covering 75% of the population, was established in 1990. While the public system mainly provides preventive health services and indigenous health services, the main health services are provided to the municipalities. Total health spending is 8.3% of GDP in 2014, which is higher than the WHO recommended 5%.

GİRİŞ

Brezilya, yaklaşık 206 milyon nüfusa sahip dünyanın beşinci büyük ülkesidir. Brezilya sağlık sistemi federal bir yapıdadır. Eyalet sistemi olduğundan dolayı merkezden yönetim çok etkili değildir. Kamu

tarafından finanse edilen ve nüfusun %75'ini kapsayan Birleştirilmiş sağlık sistemi (SUS) 1990'da kurulmuştur. Sistem, yabancılar da dâhil olmak üzere herhangi bir kişi için tamamen ücretsizdir. Ancak kurulduğundan bu yana pek çok revizyona uğramıştır. Brezilya beş farklı bölgeye ayrılmakta olup amazonların yer aldığı kuzey ve kuzeydoğu bölgelerinde sağlık hizmetlerini kullanım, erişim ve sunumu açısından problemler bulunmaktadır.

Hizmet sunumunda kamu sistemi, özellikle Kuzeydoğu gibi fakir bölgelerdeki Brezilya'nın ana sağlık hizmeti sağlayıcısı ağını içermektedir. Kamu sistemi daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini ve yerli sağlığı hizmetlerini sunarken, temel sağlık hizmetleri sunumu belediyelere verilmiştir. Ancak hastanelerin ve tıbbi klinikler çoğunluğu özel olup en gelişmiş bölgelerde bulunmaktadır. Mali yapısı açısından, Brezilya, sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak özel finanse edildiği birçok gelişmekte olan ülkenin kamu/özel hükümlerine benzer bir yapıya sahiptir. Brezilya'daki hastanelerin çoğu özel sektöre ait ve gelirlerinin büyük kısmı gönüllü, ön ödemeli sağlık planları ve cepten yapılan ödemelerden oluşmaktadır.

Brezilya'nın kişi başına düşen hekim sayısı yetersiz olup diğer ülkelerden hekim ithal edilmektedir. Uzman sayısı yetersiz olduğu için hastanelerde tedavileri uzayan ve tedavi alamayan hastalar vardır. Ayrıca hasta yatağı sayısında son yıllarda büyük düşüşler görülmüştür. Bunun nedeni, hastane doluluk oranlarının düşük düzeyde olması ve yatakların çoğunun özel sektöre ait olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca Brezilya son zamanlarda zika virüsü ile mücadele etmekte ve buna bağlı olarak yeni doğan bebeklerde beyin küçülmesinin görülmesi üzerine politikalar geliştirilmiştir. Bu çalışmada öncelikle Brezilya'nın tarihi, siyasi ve idari yapısı ile ekonomik yapısı incelenmiştir. Sonrasında ülkenin sağlık sistemi, sağlık insan gücü, sağlık reformları, sağlık statüsü göstergeleri bakımından diğer ülkelerle karşılaştırmalar yapılmış ve önemli sağlık problemleri incelenerek sağlık sistemi değerlendirilmiştir.

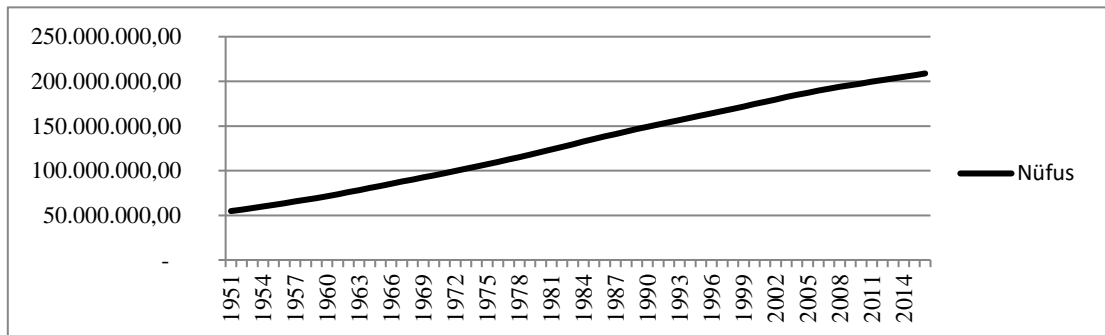
1. Ülke Tanıtımı

Brezilya 8.514.877 km² yüzölçümü ile dünyanın beşinci ve Güney Amerika'nın en büyük ülkesidir. 2015 yılı nüfusu 206.430.713 olup Güney Amerika'nın en kalabalık ülkesi olma özelliğine sahiptir (OECD, 2015). Brezilya'nın nüfusu 1951- 2015 yılları boyunca sürekli artış göstermektedir (Grafik 1). Atlas okyanusuna uzun bir kıyısı bulunan Brezilya, Ekvador ve Şili dışındaki tüm Güney Amerika ülkeleriyle komşu olup resmi dili Portekizcedir (Brazil Country Handbook, 2004: 8).

Grafik 1: Brezilya'nın yıllara göre toplam nüfusu

Kaynak: OECD, 2015

Ülkede 230 farklı etnik grup ve 300 lehçe tanımlanmaktadır (PAHO, 2012). Nüfusun % 60'ini beyazlar oluşturmaktadır. Yüzölçümünün yarısı ormanlarla kaplı olan Brezilya dünyanın en büyük tropikal ve



Amazon bölgesi ile en büyük nehir sistemine sahiptir (Brazil Country Handbook, 2004: 10). Ülke hakkındaki genel bilgiler Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 1: Genel Bilgiler

Resmi Adı	Brezilya Federal Cumhuriyeti (Federative Republic of Brazil)
Yönetim Biçimi	Federal Başkanlık Cumhuriyeti (26 eyalet) ve 1 Federal Bölge

Resmi Dili	Portekizcedir. İş dünyasında İspanyolca ve İngilizce de kullanılmaktadır.
Devlet Başkanı	Michel Temer
Başkenti	Brasilia
Para Birimi	Brezilya reali (R\$) (1 USD= 0,290706 R\$)
İklim	Tropik bir iklim mevcuttur.

Kaynak: Brazil Country Handbook, 2004.

1.1. Ekonomik Yapı

Brezilya, 1990'lı yıllardaki liberalizasyon çabalarının sonucunda özellikle otomotiv, sanayi ve altyapı modernizasyonunda özelleştirme ve doğrudan yabancı yatırımlar sayesinde önemli gelişmeler sağlamıştır. Ürün çeşitliliğini artıran Brezilya, göreceli olarak kapalı ekonomi niteliğini halen korumaktadır. Dünya ekonomisini etkileyen ve art arda gelen Meksika (1995), Asya (1997) ve Rusya (1998) krizleri Brezilya'yı etkilemiş, ekonomik dengenin sağlanmasında ciddi sıkıntılara yol açmıştır. "Real Planı" ile enflasyonla başa çıkılmış ancak kamu borçlanma oranı daha da büyümüştür. Son yıllarda ülkenin ekonomi politikaları üç hedefe kilitlenmiş durumdadır. Bu politikalar; enflasyonun kontrolü, dış ticaret dengesi, ekonomik kalkınmanın desteklenmesidir. Ocak 2007'de yürürlüğe konulan PAC¹ "Gelişmeyi Hızlandırma Programı" özellikle eyaletler arası işbirliğini destekleyen, sosyal güvenlik, vergi ve iş gücü reformları ile birlikte, yatırım alt yapısını teşvik eden düzenlemeler içermektedir. İnşaat, sağlık, enerji, ulaşım ve lojistik konularında 504 Milyar Real (236 Milyar \$) bütçeli, 2.471 projeyi kapsayan Programın %50'si tamamlanmış olup, kalan kısmın %90'ı tamamlanmıştır. Gelişmenin Hızlandırılması Programı (PAC)'nın ikinci ayağı için konut enerji, ulaşım konularında alt yapı yatırımlarına 878 Milyar Dolar ayrılmıştır. Brezilya yaşanan son küresel krizi uyguladığı doğru politikalar sayesinde, ekonomistlerin ifadesi ile "krize son giren ve ilk çıkan ülke" olmayı başarmıştır. Bununla birlikte, Brezilya'nın, Rusya, Hindistan ve Çin (BRIC Ülkeleri) ile beraber 2050'li yıllarda dünyanın ekonomik kaderini belirleyecek ülkelerden biri olacağı tahmin edilmektedir. Yeni petrol rezervleri bulunan ve gelecekte petrol devi olması beklenen Brezilya'nın krize rağmen BRIC ülkeleri arasında varlığını sürdürmesinde, tedarikçi ülke olması ve zengin doğal kaynaklarının rolü önemlidir (Dış İşleri Bakanlığı, 2015; Brezilya Ülke Bülteni, 2014).

Yıllar itibariyle incelendiğinde, 2000-2012 yılları arasında Brezilya ortalama%5'in üzerinde büyüme sağlayarak dünyanın en hızlı büyüyen ekonomilerinden biri olmuştur. 2012 yılında Birleşik Krallığı geçerek dünyanın altıncı büyük ekonomisi heline gelmiştir. 2013 yılında ülkenin ekonomik büyümesi yavaşlamış ve 2014 yılından itibaren durgunluğa girmiştir. 2015 yılında ise tekrar Birleşik Krallığın gerisine düşerek yedinci büyük ekonomi arasında yer almıştır (World Bank, 2015). Ayrıca Brezilya, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan "ülkelerin gelir düzeylerine" göre sınıflandırmasında "üst-orta gelir" düzeyine sahip ülkeler arasında yer almaktadır (WHO, 2015).

Tablo 2: Kişi Başına Düşen Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla-\$

Ülkeler	2012	2013	2014	2015
Brezilya	12,157.3	12,071.8	11,728.8	8,538.6
Üst orta gelir grubu	7,938.0	8,366.8	8,494.7	7,833.9
Türkiye	10,539.4	10,800.4	10,303.9	9,130.0
OECD	37,720.7	37,819.8	38,271.8	35,749.0
ABD	51,433.0	52,660.3	54,398.5	55,836.8
İngiltere	41,294.5	42,294.9	46,278.5	43,734.0
Kanada	52,495.3	52,266.2	50,185.5	43,248.5

Kaynak: World Bank Data, 2015

¹ Siyasi kampanyalara ve / veya adaylara lehtar kazanmak için katkıda bulunarak siyasi çıkarlarını destekleyen grup.

Ülkenin GSYİH'sı 2007 yılında yaklaşık 1 milyar dolarken 2015 yılında yaklaşık 1.800 milyon dolar olarak kaydedilmiştir (OECD, 2015). Brezilya'nın Gayri Safi Yurt içi Hâsılasının sektörlere göre dağılımı; Tarım %5,2, Endüstri: %22,7, Hizmet: %72,1dir (Statista, 2015). Tablo 3 incelendiğinde Brezilya'nın kişi başına düşen GSYİH'nın yıllar itibarıyla düştüğü görülmektedir. Özellikle 2014 yılından 2015 yılına gelindiğinde önemli bir düşüş olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, ülkede son dönemlerde yaşanan krizler ve alınan tasarruf önlemlerinden kaynaklandığı söylenebilir. Bununla birlikte, kişi başına düşen GSYİH açısından OECD ülke ortalamasından oldukça düşüktür.

Tablo 3: Makroekonomik Göstergeler

Kaynak: Brezilya Merkez Bankası, 2015 ve *World Bank Data, 2015.

Tablo 4 incelendiğinde; Brezilya'nın büyüme oranlarında dikkat çekici artışların ve düşüşlerin olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, Sharma (2012) gelişmekte olan pazarların dengesiz yükselişi, küresel ekonomiyi çeşitli açılardan etkileyeceği ve son dönemde yükselen Brezilya ve Rusya gibi yıldızların ekonomik ve diplomatik ışıltısını azaltacağı vurgulanmıştır. Ayrıca 2015 yılında enflasyon oranında ciddi bir artış olduğu gözlenmiştir. Son 12 yılın en yüksek enflasyon oranına ulaşmıştır. Bu durumun en büyük sebebi, Brezilya'nın ticari ürünlerine olan talep azlığı ve özellikle Çin ekonomisinin bozulmasından kaynaklanan ticaret açığı olduğu söylenebilir (Tvevad, 2014; 29).

Sonuç olarak, Dünya Bankası ve diğer uluslararası kuruluşların öngörülerini Brezilya'nın gelecek on yılda

Gösterge	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nominal GSYİH (milyar \$)*	2. 208,7	2. 612,4	2. 459,5	2. 464,7	2. 417,2	1.772,6
GSYİH (büyüme, %)	7,5	3,9	1,9	3,0	0,1	-3,8
Enflasyon (GPI %)	5,9	6,5	5,8	5,9	6,4	10,7
İhracat (bin ABD doları)	614.551	883.471	1.002.759	936.096	794.186	458.367
İthalat (bin ABD doları)	1.347.525	2.074.354	1.770.094	1.408.806	1.728.745	1.792.241
Cari denge	-732.974	-1.190.883	-767.335	-472.710	-934.559	-1.333.875
Dış Borç Stokları*	16,2	15,7	18,5	20,5	24,1	-

ekonomik açıdan en güçlü ülkeler arasında yer alacağını söylese de ülkenin durgunluk döneminde olması, krizlerden etkilenmesi, devlet başkanının yolsuzlukla suçlanması ve Standard & Poor's kredi notunu (2015) ıskarta seviyesine düşürmesi ülkeyi zora sokmuştur. Bu durumlar nedeniyle, vergiler artırılmış, 10 bakanlık kapatılmış, işten çıkarma ve kamuda işe alımlar durdurulmuş olup iktidara halkın güveni oldukça azalmıştır. Bu durum Brezilya'nın son yıllardaki ekonomik göstergelerini olumsuz etkilediği söylenebilir.

1.2. Sosyo-Demografik Yapı

Dünyanın en kalabalık beşinci ülkesi olan Brezilya'nın 2015 yılı itibarıyla nüfusu, yaklaşık 206 milyon kişiden oluşmaktadır (OECD, 2015). Demografik yoğunluk, kilometre kareye 24 kişi olup, nüfus dağılımı sahil boyunca uzanan kıyı şeridinde yoğunlaşmıştır. Ülkenin iç taraflarında, demografik yoğunluğu kilometre kare başına bir kişiden daha az yöreler mevcuttur. Kıyı kesimlerindeki nüfus yoğunluğunu iç kesimlere kaydırmak için bir takım önlemler alınmıştır. Bu önlemler; başkentin Rio de Janeiro'dan Brasilia'ya taşınması, karayolları ağının genişletilmesi, ülkenin iç taraflarında yeni kalkınma merkezlerinin oluşturulması, Itaipu ve Tucuru gibi büyük ölçekte hidroelektrik projeleridir (Hinrichsen, 2002; 2).

Brezilya nüfusunun yaş gruplarına göre dağılımı üç grupta incelenir. Bunlar; genç (çocuk) nüfus (0-14 yaş), olgun (yetişkin) nüfus (15-64 yaş), yaşlı nüfus (65+ yaş) şeklindedir. Çalışma çağına olmayan genç nüfus ile yaşlı nüfusa, bağımlı nüfus denir. Her ülkede mutlaka bu gruplardan birisi ağırlık oluşturmaktadır. Gelişmemiş ülkelerde genç nüfus fazla iken, gelişmiş ülkelerde ise yaşlı nüfus, genç

nüfusa göre daha fazladır. Gelişmemiş ülkeler genç nüfusa yatırım yaparken, gelişmiş ülkeler ise çoğalan yaşlı nüfusuna bakmak zorunda olup bakım giderleri oldukça fazla maliyet oluşturmaktadır (Sümbüloğlu, 1990: 13).

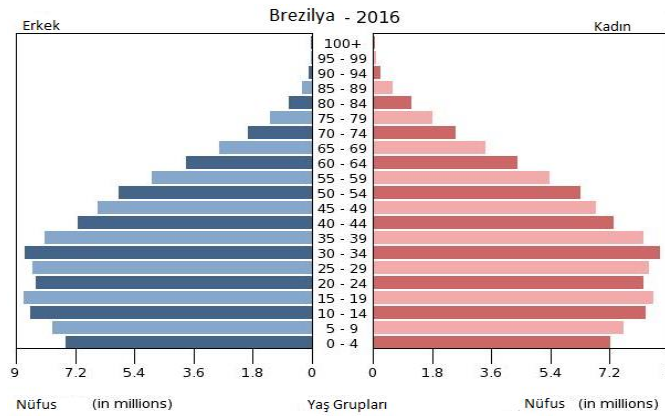
Tablo 4. Brezilya (B), Türkiye (T) ve OECD'nin Nüfus Özellikleri

Göstergeler (%)	2013			2014			2015		
	B	T	OECD	B	T	OECD	B	T	OECD
0-14 yaş arası nüfus	24,0	26,2	18,3	23,5	25,7	18,1	23,0	25,7	18,1
15-64 yaş arası nüfus	68,7	66,5	66,1	68,9	66,7	65,9	69,1	66,8	65,6
65 yaş ve üzeri nüfus	7,3	7,3	15,6	7,6	7,4	15,9	7,8	7,5	16,2
Nüfus artış Hızı	0,9	1,8	0,8	0,9	1,7	0,6	0,9	1,5	0,6

Kaynak: World Bank Data, 2015

Buna göre, Tablo 6 incelendiğinde, Brezilyanın nüfusun %31 bağımlı nüfus olup OECD ortalamasının (%34,3) altındadır. Ayrıca nüfus artış hızının düşük (0,9) olduğu ancak yıllar itibariyle bu oranın sabit kaldığı görülmektedir. 65 yaş üzeri nüfusun OECD ortalamasının altında olduğu ancak yıllar itibariyle artışın olduğu söylenebilir. OECD ülkelerinde yaşlı nüfus payının oldukça fazla olduğu dikkatleri çekmektedir. Bu bağlamda, gelişmiş ülkelerin bu yöndeki politikaları incelenebilir.

Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı nüfus piramitleri ile gösterilir. Buna göre Brezilya'nın nüfus piramidi Grafik 1'de verilmektedir. Bu bağlamda, piramit daha geniş ve daha az sivri olduğu söylenebilir. Çalışma çağındaki nüfusun yüksek olduğu söylenebilir.



Grafik 2. Brezilya'nın nüfus piramidi

Kaynak: (Central Intelligence Agency, 2016).

Brezilya'nın temel göstergeleri incelendiğinde, okuryazarlık düzeyi yaklaşık %92'ye işsizlik oranı %7'dir. Türkiye'de ise bu oran sırasıyla yaklaşık %95 ve %10 olduğu incelenmiştir. Brezilya da işsizlik oranının giderek yükselmesinin sebebi iktidarın yaptığı tasarruf politikalarından etkilenmesi olabilir. Ayrıca işsizlik kişinin üzerinde önemli bir psikolojik baskı yaratır bu durum ise kişilerin ruhsal rahatsızlık süreci yaşamasına neden olabilir. Bu bağlamda, istatistikler incelendiğinde, işsizliğin yüksek olduğu dönemlerde suç oranlarının yükseldiği gözlemlenmiştir. (Tablo 5). Bununla birlikte, Brezilya'nın kaba doğum hızı (14,5) OECD ortalamasının (11,9) altında olduğu bulunmuştur. Kaba ölüm hızı da yine OECD ortalamasının (8,1) altındadır (Tablo 5).

Tablo 5: Temel Nüfus Yapısı İstatistikleri

Göstergeler	2010	2011	2012	2013	2015
Yetişkin okuryazar oranı nüfusu (15 yaş ve üzeri)	90,4	91,4	91,3	91,5	92,6
Yaşlı Nüfus (65+)	6,83	8,25	8,63	8,89	8,90
Genç Nüfus (15 yaş ve altı)	25,6	23,3	22,8	22,3	22,0
Kentsel alanlarda yaşayanların sayısı (%)	84,3	84,6	84,9	85,4	85,7
Doğurganlık oranı (kadın başına)	1,84	1,82	1,81	1,80	1,79
Kaba Doğum Hızı (1000 kişide)	15,6	15,3	15,1	14,7	14,5
Kaba Ölüm Hızı (1000 kişide)	6,0	6,0	6,0	6,1	6,2
İşsizlik oranı (%)	6,16	5,67	5,37	5,01	7,43
Kasten adam öldürme suçu (100.000 kişi başına)	20,9	21,5	23,8	23,6	25,2

Kaynak: OECD, 2015 ve World Bank Data, 2015.

Sonuç olarak, Brezilya dünyanın en kalabalık beşinci ülkesidir. Bu bağlamda ülkenin nüfus dağılımı ve kontrol altında tutması oldukça önemlidir. Ayrıca, ülkede yaşlı nüfus yükselmekte, genç nüfus azalmakta ve bağımlı nüfus sayısı artış göstermektedir. Nüfus artış hızını istikrarlı bir biçimde dengede tuttukları söylenebilir. İşsizlik oranı ise yükselmeye devam etmektedir.

2. Brezilya Federal Cumhuriyeti Sağlık Sistemi

Brezilya sağlık sistemi federal bir yapıdadır. Eyalet sistemi olduğundan dolayı merkezden yönetim çok etkili değildir. Federal hükümetin sağlık sistemindeki sorumlulukları çoğunlukla denetim, yasal düzenlemeler ve bazı kamu sağlığı hizmetleri ile sınırlıdır. Bununla birlikte belediyelerin ve eyalet sağlık sekreterlerinin etkisi görülmektedir (carnegiecouncil.org). Brezilya'da sağlık, anayasal bir haktır (Brezilya planlama bakanlığı, 2015). Hem özel hem de devlet kurumları tarafından sağlanmaktadır. Sağlık Bakanı ulusal sağlık politikasını yönetir. Birincil yani koruyucu sağlık bakımı federal hükümetin sorumluluğunda olup, hastanelerin işletilmesi gibi unsurların eyaletler tarafından denetlenmektedir. Brezilya'daki sürekli ikamet eden ve yaşayan tüm yurttaşlara birleşik sağlık sistemi (SUS) kapsamındadır (Couttolenc, 2011).

Bu bölümde, sağlık reformları, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık insan gücü, sağlık finansmanı, sağlık göstergeleri, eşitsizlikler ve güncel sorunlar üzerinden tartışılmıştır.

2.1. Sağlık Reformları

Brezilya'da sağlık sektörü reformunun ilk adımı; akademik grupların, ülkenin sağlık durumu, sağlığı etkileyen sosyal belirleyicileri 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 şu şekilde belirtilmiştir.

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

1988 yılına kadar sağlık sistemi Sosyal Sigorta ve Yardım Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı olmak üzere iki bölünmüş sistemden oluşmaktaydı. Özellikle, ülkenin bazı bölgelerinde sınırlı hizmet sunumu, yetersiz birinci basamak sistemi ve aşırı merkezleşme gibi sorunların olması nedeniyle reformlar gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda, 1988 Anayasasından bu yana yani yaklaşık 20 yılda fazla bir süredir "Brezilya Birleşik Sağlık Sistemi (SUS)" kurulmuştur. SUS, Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Sigorta ve Yardım Bakanlığı'nın eski görevlerinin devralarak başlamıştır. Bu reformlara dayanarak SUS üç temel ilkeye dayanmaktadır. Bunlar, bir devletin yükümlülüğü ve vatandaşın hakkı olarak tanımlanan sağlık

için sağlık hizmetlerine herkesin erişimi, sağlık hizmetlerine herkesin eşit bir şekilde ulaşması, kapsamlılık ve bakımın sürekliliği olarak belirtilmiştir. Reformda öne çıkan diğer fikirler ise, ademi merkezilik, kanıta dayalı önceliklendirme ve katılımın artması gibi konular yer almaktadır. SUS reformları ile birlikte sağlığı devletin temel bir hakkı ve görevi olduğu ve bu amaca ulaşmak için Brezilya'nın sağlık sistemini dönüştürme sürecini başlatmıştır (Couttolenc, 2011). SUS reformları, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sistemin yönetim ve hesap verebilirlik düzenlemeleri gibi örgütte büyük değişiklikler öngörmektedir. Reformların başlangıcında, özel sektörün gelecekteki rolü yoğun şekilde tartışılmıştır. Sonunda SUS kuruluş yasası, özel sektörün "tamamlayıcı" rolünü tanımlamıştır. Brezilya'nın 1500 yılından 2015 yılına kadar geçirdiği dönüşüm Tablo 6'da gösterilmektedir. Buna göre, Brezilya'nın değişen politik sistemlerindeki sağlık politikalarını görebilmeyi ve dönemin temel sağlık sorunları inceleyebilmeyi sağlar (Paim ve ark., 2011; 1783).

Tablo 6: Brezilya Sağlık Sistemi Reformları

Dönemler	Politika içeriği	Sağlık Sistemi	Temel Sağlık Sorunları
Portekiz sömürgeciliği (1500-1822)	Portekiz'in siyasi ve kültürel kontrolü	16'ncı yüzyıl: -Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém ve Olinda hastaneleri kuruldu -Yeni başlayan sağlık sektörü organizasyonu	Salgın hastalıklar ve halka sağlık hizmeti sağlanması
İmparatorluk dönemi (1822-1889)	Büyük arazi sahiplerine illerde ve bölgede siyasi kontrol sağlayan siyasi merkezilik ve siyasi patron sistemi.	Sıhhi polis (sanitary police) teşkilatında düzenlenen sağlıkla ilgili yapılar •Belediyelere verilen kamu sağlığı • Reformlar sırasında (1828 ve 1850) kurulan limanların ve salgın hastalıkların kontrol altına alınması için ilk kuruluşlar.	Salgın hastalıklar ve sağlık gözetim önceliği (limanlar ve ticaret)
Eski Cumhuriyet (1889-1930)	Liberal-oligarşik Devlet, askeri isyan ve toplumsal meselelerin ortaya çıkışı	• Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (DGSP, 1897) • DGSP yeterliklerinin reformu • Emeklilik ve Emeklilik Fonları • Sosyal Güvenlik sağlık hizmetinin başlangıç şekli • Halk sağlığı ve sosyal güvenlik arasındaki ayırım	Salgın hastalıklar (sarıhumma, çiçek, veba) ve yaygın hastalıklar (örn, Tüberküloz, frengi, kırsal endemik hastalıklar)
Vargas diktatörlüğü (1930-1945)	(Estado Novo) 1937-1938 yılları arasında otoriter devlet Nazi faşizmiyle özdeşleşti	Milli Eğitim Bakanlığı ve halk sağlığı yoluyla kurumsallaşan halk sağlığı • Çalışma, sanayi ve ticaret bakanlığı tarafından kurumsallaştırılan sosyal güvenlik ve iş sağlığı • Sarıhumma ve tüberküloza karşı halk sağlığı kampanyaları • Emeklilik sigorta güvenliğini çoğu kentsel işçiye de genişletir	Ağırlıklı olarak kırsal endemik hastalıklar (örneğin, Chagas hastalığı, şistozomiyazis, ankilostomiyazis, sıtma), tüberküloz, sifiliz ve beslenme yetersizliği

Demokratik İstikrarsızlık (1945-1964)	Liberal, popülist hükümetler	Birinci Sağlık Bakanlığı (1953) • Kentsel işçilerin birleşik sosyal güvenlik hakları yasaları • Hastane bakımının genişletilmesi • Sağlıkta özel sektörün ortaya çıkışı	Modern hastalıkların ortaya çıkışı (kronik dejeneratif hastalıklar, iş ve trafik kazaları)
Askeri diktatörlük (1964-1985)	Askeri devralım, diktatörlük (1964) • İdari reform (1966) • Siyasi kriz (1974 seçimleri) Brezilya Lisansüstü Sağlık Kuruluşu kurdu	•Ulusal düzeyde birleştirilmiş sosyal güvenlik kuruluşları •Sosyal Güvenlik Kurumu (INPS), özelleştirilmiş tıbbi bakım modeli •Hâkimiyeti ve sağlık sektörünün kapitalizasyonu (1966) •Ulusal Sosyal Güvenlik Sağlık Enstitüsü (INAMPS; 1977); • Sağlık sistemi merkezileşmesi, kurumsal parçalanma, özel sektörün avantajı	Askeri diktatörlük (1964-1985)
Demokratik Geçiş (1985-1988)	Yeni Cumhuriyet'in Başlangıcı (1985) • siyasi gündemde Sağlık • 8.Ulusal Sağlık Konferansı; • Sağlık Sektörü Reformu ortaya çıkıyor • Ulusal Kurucu Meclis • Yeni anayasa (1988)	Birleştirilmiş ve merkezi olmayan sağlık sistemleri (1987) • Özelleştirme politikalarının kapsamı • Halkın katılımı için yeni kanallar	Demokratik Geçiş (1985-1988)
Demokrasi (1988-2016)	Toplumsal dengesizlikle suçlanan ve seçilen başkan fernando de mello seçildi. Sosyal demokrat parti Devlet reformu (1995) Silva başkanlığı ve işçi partisi	SUS'un Yaratılması • Sağlık sisteminin desatrilizasyonu 9. Ulusal Sağlık Konferansı • INAMPS yürürlükten kaldırıldı (1993) • Aile Sağlığı Programı kuruldu (1994) • SUS aracılığıyla HIV / AIDS için ücretsiz tedavi sağlandı • Kişi başı sağlık hizmetleri finansmanı (1998) • 10. ve 11. Ulusal Sağlık Konferansları • Özel sağlık planlarının düzenlenmesi • Ulusal Sağlık Gözetim Ajansı kurdu (1999) Özel sağlık planlarını denetlemek (2000) • Jenerik Uyuşturucu Yasası geçti	Demokrasi (1988-2016)

	<ul style="list-style-type: none"> • Psikiyatrik reform yasası geçti (2001) • Mobil acil bakım (ambulans) sistemi kuruldu (2003) • Sağlık Paketi kuruldu • Ulusal İlk Yardım Politikası (2006) • Sağlık Teşviki (2006) • 12. ve 13. Ulusal Sağlık Konferansları • Belediyelerde 24 saat acil bakım üniteleri kurularak Nüfusu> 100 000 (2008) Aile Sağlığı Programını desteklemek üzere kurulan çok profesyonel Aile Sağlığı Destek Ekipleri (2008) 	
--	--	--

Kaynak: Paim ve ark., 2011; 1783

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Bu bölümde, Türkiye ve Brezilya'daki hastanelerin kapasiteleri, hizmet göstergeleri karşılaştırmalı olarak analiz edilecek olup iki ülkenin mevcut durumu kıyaslanacaktır. Buna göre, yatak sayıları, yatak türleri, yatak doluluk oranları, hastanede kalış günü ve poliklinik başvuru sayıları karşılaştırma göstergesi olarak alınmıştır. Bu bağlamda, hastane yatağı sayısı, hastanelerde yatan hastalara hizmet sunmak için mevcut kaynakları ölçmektedir. Farklı bakım türleri için (yatan hasta, psikiyatrik bakım, uzun süreli bakım ve diğer işlevler) hastane yatağının sayısı hakkında veriler sunmaktadır.

Brezilyada hastane yataklarının %50'sinden fazlası özel sektöre aittir. Kamuya ait hasta yatağı sayısı yıllar itibariyle (%22'den %35lere) artış gösterse de halen düşüktür (Gagnolati ve ark., 2013) Türkiye'de ise %80'ü kamuya (SB+Üniversite), %20'si özel sektöre aittir (Akbulut ve ark., 2015: 337). Brezilya'da hasta yatağı sayılarının bölgeler göre dağılımının dengesiz olduğu ve hastane yataklarında bir azalmanın olduğu görülmektedir. En fazla değişimin Kuzeydoğu ve güneydoğu bölgelerinde olduğu söylenebilir. Azalan devlet desteği, yasal düzenlemeler, artan rekabet gibi sebepler sağlık sistemlerini yeniden yapılanmaya itmiştir. Bu sürecin yansımalarından biri de hasta yatağı sayılarındaki azalmalardır (Barro ve Cutler, 1997: 50). Dinlenme ve gözlem yatağı sayılarının ise arttığı görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 7: Brezilyanın Bölgelere göre hasta yatağı sayısı

	Bölgeler	2010	2015	Değişim
Hasta yatağı	Kuzey bölgesi	24.677	24.164	-513
	Kuzeydoğu	101.158	94.210	-6948
	Güneydoğu	130.259	117.173	-13.086
	Güney bölgesi	53.338	52.145	-1193
	Orta Batı	26.050	24.225	-1825
Dinlenme ve Gözlem Yatağı (Acil ve Klinik)	Kuzey bölgesi	6.131	6.925	794
	Kuzeydoğu	21.101	22.822	1.172
	Güneydoğu	36.174	41.582	5.408
	Güney bölgesi	11621	13.701	2.080
	Orta Batı	6.768	8.098	1.330

Kaynak: Brezilya Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2015

Tarihsel olarak hasta yatak sayısının fazlalığı birçok ülkede sağlık sistemleri için bir statü göstergesi olarak kabul edilmektedir. (Billings ve ark., 1996: 82). OECD ülkeleri arasında 1000 kişiye düşen yatak sayısının en yüksek olduğu ülkeler Japonya (13,2) ve Kore (11,7)'dir (OECD, 2015). Brezilya'da 2015

yılında 1000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı 2,45 iken Türkiye’de 3,0 olduğu görülmektedir. Bu değerlerin OECD ortalamasının (5,0) altında olduğu ifade edilebilir.

Tablo 8. Brezilya ve Türkiye’nin Hasta Yatağı Sayısı

Göstergeler	Ülkeler	2011	2012	2013	2014	2015
Toplam Hasta Yatağı	Brezilya	459.776	456.291	460.240	480.332	441.801
	Türkiye	188.047	200.072	202.031	206.836	206.157
1000 kişiye düşen hasta yatağı	Brezilya	2.33	2.29	2.32	2,4	2,45
	Türkiye	2,53	2,66	2,65	2.7	3.0

Kaynak: OECD, 2015

Hastane yatağının türlerine göre dağılımı incelendiğinde Brezilya’nın 2015 yılında kamu yataklarının sayısının yaklaşık 23 bin azaldığı görülmektedir. Bu düşüşlerin en fazla olduğu dallar; Psikiyatri, genel cerrahi ve çocuk cerrahi alanlarında olduğu görülmektedir. En fazla artış ise ortopedi/travmatoloji yataklarındadır. Özel sektörde ise, yatak sayısının yaklaşık 2 bin kadar arttığı incelenmiştir. Ayrıca 2010 yılında ruh sağlığına ait hasta yatakları bulunmazken 2015 yılındaki artış oranı dikkatleri çekmektedir (Brezilya Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2015).

Ortalama yatış günü sayısı, kaynak kullanımı ve hastanelerin verimli hizmet sunumunun en önemli göstergesidir. Türkiye’de bu oran (4 gün) OECD ortalamasından (7,4 gün) düşüktür. Brezilya’da ise 4,5 gündür. Bu değer düşük olması, hizmetin iyiliği ve hızına işaret etmediği, hizmet kapasitesinin yetersizliğinden kaynaklandığı ve sisteme ek maliyetler getirdiği ileri sürülmektedir (YASED, 2014). Türkiye’deki ortalama yatış gün sayısı yeniden yatış oranlarına ve hastane türlerine göre açıklanması gerektiği vurgulanmalıdır. Ayrıca Türkiye’de 2014 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 8,3 iken 2015 yılında 8,4 olmuştur. Bu değer OECD ülkeleri ortalaması olan 6,7’in üzerindedir. Brezilya’da kişi başına düşen poliklinik sayısı ise 2,7 olduğu bulunmuştur.

Her iki ülkenin yatak doluluk oranları incelendiğinde, OECD ortalamasının altında olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Alan yazanında olması gereken yatak doluluk oranının genel hastanelerde %80-85 olması olumlu olarak değerlendirilmektedir (Ağırbaş, 2016: 31). Bu oran hizmet sunumunda önemli göstergelerden biridir. Çünkü hastane yataklarının verimli kullanıp kullanılmadığını göstermektedir. Bu bağlamda, Tablo 9’da ifade edilen yaklaşık yirmi bin yatağın kapatılmasında, yatak doluluk oranlarının düşük olması etkili olduğu söylenebilir.

Tablo 9: Hizmet sunumu göstergeleri- 2015

	Kişi Başı Hekime Müracaat	Yatak Doluluk Oranı	Ortalama Kalış Günü
Türkiye	8,4	69,6	3,9
Brezilya	2,7	52,5	4,5
OECD	6,7	78,2	7,4

Kaynak: OECD, 2016

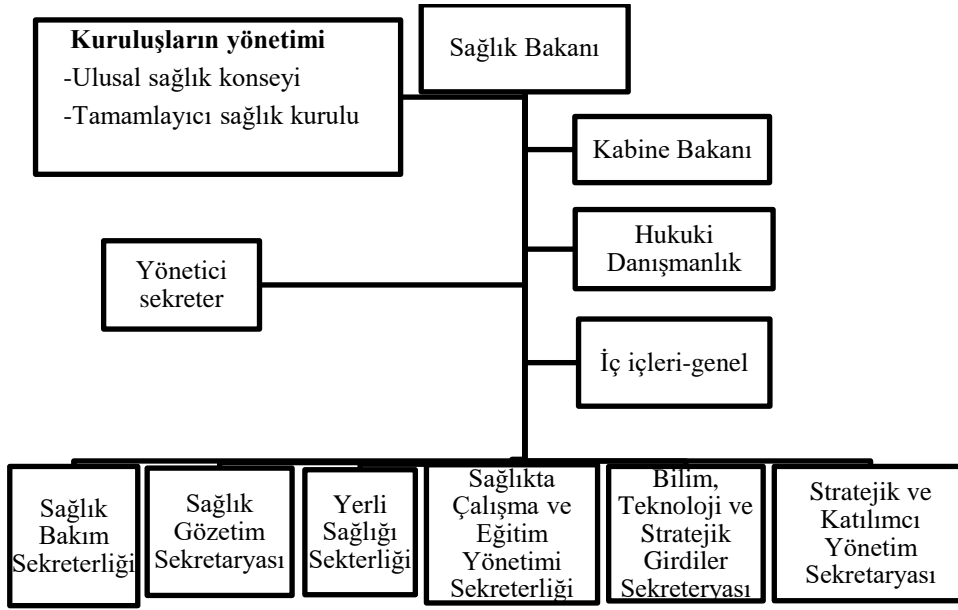
Sonuç olarak, SUS'nin kuruluşundan bu yana, hizmet sunumunun organizasyonunda birçok değişiklik olduğu söylenebilir. Özellikle, sistemin kapasitesi önemli ölçüde genişlemiştir. Buna göre, 1981 yılındaki 22.000 olan sağlık kuruluşu sayısı 2009'da 75.000'e yükselmiştir. Bu büyüme tamamen ayakta bakım verilen birinci basamak kuruluşların genişlemesiyle ilgilidir. Hastanelerin sayısı yıllar itibariyle istikrarlı kalırken (6342'den 6875'kadar), hasta yatağı sayısı gerilemiştir (Gragnolati ve ark., 2013)

2.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Brezilya'nın sağlık hizmeti altyapısı, kamu sağlık hizmetleri, kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşları (STK) ve özel hastanelerden oluşmaktadır. Brezilya'nın siyasi-idari örgütlenme modeli federal yapıda olup birlik (union), hükümet (state), federal bölge ve belediyeler özerk konumdadır. Brezilya ulusal sağlık sistemi, eyaletteki ve belediye düzeyindeki alt sistemlerden oluşur. İlgili mevzuat, birlik ve devletlerin teknik ve mali işbirliğiyle, sağlıkla ilgili faaliyetlerinin uygulanması ve nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için hizmet sunma sorumluluğunu belediyelere verir. Devlet düzeyinde SUS, stratejik kaynakları koordine eden ve yöneten ve ek faaliyetleri ve hizmetleri yürüten her eyalet hükümetinin sağlık sekreteryası tarafından yönetilmektedir (Gragnolati ve ark., 2013) . Brezilya ulusal sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısı ise Birleşik Sağlık Sistemi (Unified Health System), belediye sağlık sekreterliği, hükümet sağlık sekreterliği ve sağlık bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Tamamlayıcı Sağlık Sistemi ise, sağlık sigortaları, medikal işbirlikleri ve tıbbi gruplar vasıtasıyla yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığı, beş sekreterlik ve yönetici sekreteri arasında sorumlulukları dağıtarak sağlık sisteminin idaresinden sorumludur. Bu sekreterlikler, federal sistemle ilgili bütçe ve planlarla ilgili aktiviteleri koordine etme ve denetleme, yönetsel organizasyon ve yenileştirme, finansal yönetim, bilgi ve bilgi kaynaklarının yönetimi, insan kaynaklarından sorumludur. Sekreterlikler, ayrıca kamu sağlığı bütçe bilgi sistemi yoluyla kamu sağlık harcamalarını denetlemekle sorumludur (Brazil Health Systems, 2009; 22-23).

Bilim, Teknoloji ve Stratejik Girdiler Sekreteryası, sağlıkta bilim, teknoloji ve yenilik konularında ulusal politikaların oluşturulması ve uygulanması ve kan türevleri, aşular, immünolojik maddeler ve diğer ilgili girdileri kapsayan farmasötik yardım ve uyuşturucular konularından sorumludur. Bu politikalar yeniliği teşvik eden faaliyetler yoluyla endüstriyel gelişmeyi teşvik etmeye yardımcı olmak olup birbiriyle ilişkilidir. *Sağlıkta Çalışma ve Eğitim Yönetimi Sekreteryası* teknik eğitimin düzenlenmesi ve tanıtımı için tasarlanan işlerden sorumludur. Yani hem Milli eğitim Bakanlığı ile koordineli çalışmayı sağlamakla, hem de SUS sağlık çalışanları için nüfusun sağlık ihtiyaçlarına dayalı olarak devam eden eğitim sürecinin planlanmasında sorumlu sekreterliktir. *Stratejik ve Katılımcı Yönetim Sekreteryası*, iki departmanı aracılığıyla (Katılımcı Yönetim Destek Departmanı ve SUS İzleme ve Değerlendirme Bölümü) demokratik politikanın oluşturulması ve uygulanması ile SUS'in katılımcı yönetimi ve toplumsal katılımın güçlendirilmesinden sorumludur. Ayrıca sağlığın belirleyicileriyle ilgili çeşitli hükümet ve sivil toplum sektörleriyle stratejik ve katılımcı yönetim açısından Sağlık Bakanlığının faaliyetlerini ifade eden toplumsal katılımı güçlendirirler. Bununla birlikte, SUS için kamu denetçi politikasını formüle etmek ve koordine eder ve SUS ulusal denetim sisteminin uygulanmasını koordine eder. *Sağlık Gözetimi Sekreterliği*, epidemiyolojik ve çevresel gözetim faaliyetlerinden sorumludur. Sorumlulukları arasında, dang, sıtma ve diğer vektör kaynaklı hastalıklarla mücadele için ulusal programlar, ulusal bağışıklıma programı ve ortaya çıkan hastalıkların gözetimi gibi bulaşıcı hastalık önleme ve kontrol eylemlerini koordine eder. Buna ek olarak, tüberküloz, Hansen hastalığı, viral hepatit, AIDS gibi hastalıklarla savaşmak için önemli ulusal programlar içerir. Yerli Sağlığı Sekreterliği, Ekim 2010'da oluşturulması ile Sağlık Bakanlığı artık doğrudan, Brezilya'da yaşayan yerli halkların sağlığının, kültürel, etnik ve epidemiyolojik yönlerini yönetmektedir. Ayrıca temiz su kaynaklarının korunması, atıkların bertaraf edilmesi ve kontrolü sağlanarak yerli halkın yaşadığı alanların çevre temizlik eylemlerini gerçekleştirmekle sorumludur (Grafik 3) (Brazil Health Systems, 2009; 22-23).



Grafik 3: Sağlık Bakanlığı Temel Organizasyon Yapısı

Kaynak: Brezilya Sağlık Bakanlığı (8065 numaralı kararname- 08/07/2013)

2.4. Sağlık İnsangücü

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıklı bir hayatın devam ettirilmesinde sağlık insan gücünün büyük önemi vardır. Sağlık kaynaklarının etkin ve hizmetin gereğine uygun kullanılması ve sunulacak sağlık hizmetlerinin ihtiyaca cevap verecek nitelikte olabilmesi için yeterli sayı ve nitelikte insan gücüne gereksinim duyulmaktadır. Sağlık insan gücünün yönetimi ülkelerin sağlık sistemine göre farklılık göstermektedir (Yeşilaydın ve ark., 2015: 120).

Brezilya’da sağlık sektöründeki profesyonel personelin eğitiminden hem kamu hem de özel kurumlar sorumludur. Ülkede 1990’lar boyunca özel ağı yaygınlaştırılmasını teşvik eden yükseköğretim geliştirilmesine yönelik politikaların bir sonucu olarak, özel kurumların sayısı giderek artmıştır. 1999 yılının sonunda, 97 tıp programının %54’ü, diş hekimliğindeki 130 programın %38’i ve hemşire/ebeler için olan 153 programdan yaklaşık yarısı kamu sektörü tarafından gerçekleştirilmektedir. 1991-2006 yılları arasında Ulusal Eğitim Araştırmaları Enstitüsü istatistiklerine göre, tıpta (%98 artış) 78 yeni program, Hemşirelikte (%425 artış) 451 program ve diş hekimliğinde ise 102 (%123 artış) yeni program açılmıştır (Brazil Health Systems, 2009; 37). Brezilya Sağlık Bakanlığı, İş ve Sağlık Yönetimi Sekreteryası vasıtasıyla, mezuniyet sonrası ve lisansüstü düzeyde sağlık mesleği mensuplarının eğitimi ve geliştirilmesi için teknik işbirliği kuran Milli Eğitim Bakanlığı ile yakın işbirliği içinde çalışmaktadır. Sağlık çalışanları/egitim entegrasyonunu hedefleyen, birkaç ortak strateji geliştirilmiştir. Bu stratejiler:

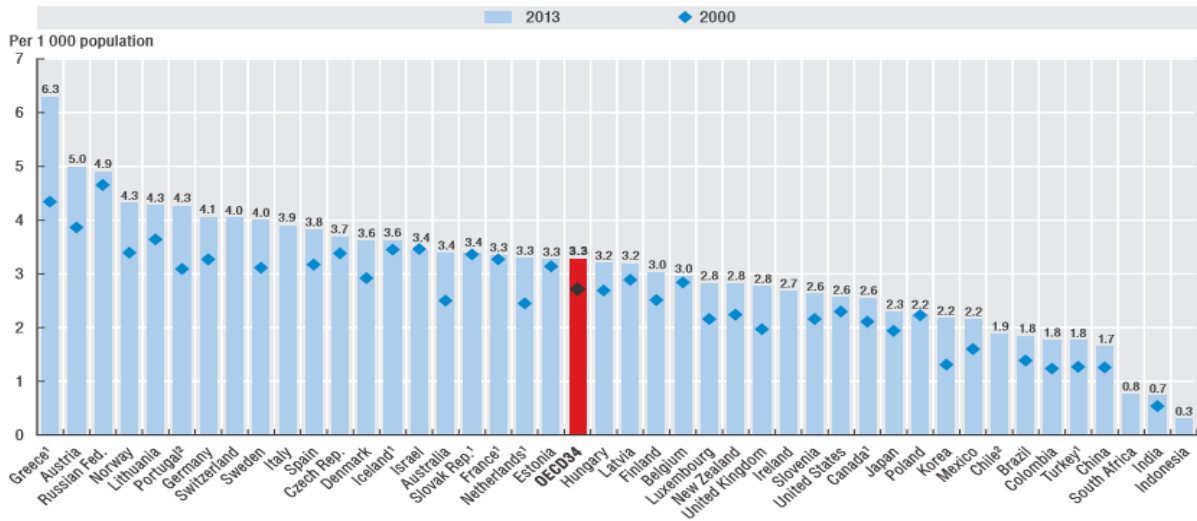
- Sağlık alanında mesleki eğitimin yeniden yapılandırılması için ulusal program gibi ulusal müfredat kurallarının uygulanması ve lisansüstü sağlık programlarındaki değişikliklerin teşvik edilmesi,
- Sağlıkta teknik mesleki eğitim faaliyetlerinin teşvikleri ve güçlendirilmesi,
- Lisansüstü programların ve özellikle aile sağlığı uzmanlarının güçlendirilmesi,
- Modern bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı yoluyla aile sağlık ekiplerinin sertifikalandırılması (Tele-tıp).

Bununla birlikte, büyük şehir merkezlerinde yoğunlaşan profesyonellerin coğrafi dağılımında ve özellikle maaşlarda ve iş sözleşmelerinde eşitsizlikler gibi ciddi sorunlar devam etmektedir. Bu sorunları çözmek için, Sağlık Bakanlığı sağlık sektöründe çalışma koşullarını iyileştirmek için önerilenlerin

hazırlanmasını ve SUS kariyer planının belirli bir yolla koordine edilmesini sağlamaktadır (Brazil Health Systems, 2009; 42).

Brezilya’da tıp fakülteleri altı yıllık bir müfredatın olduğu Avrupa modelini izlemektedir. Genellikle ilk iki yıl temel bilimlerde (anatomi, fizyoloji, farmakoloji, immünoloji vb.) eğitim verilmektedir. Bu süreci tamamlandıktan sonra öğrenciler klinik döngüye geçerler. Bu aşamada hastalarla olan temas ve teşhislere yoğunlaşırlar. İlk iki yılda öğrenilenleri pratiğe dökerler. Son iki yıl ise döngü stajı olarak adlandırılan hastanelerde veya kliniklerde eğitim yoluyla klinik uygulamaya odaklanmaktadır. Altı yıllık eğitimden sonra öğrenciler mezun olur ve doktor unvanını alarak Bölgesel Tıp Konseyi’ne kaydolurlar. Mezun olanlar tıp mesleğini pratisyen hekim olarak kullanabilecek ve lisansüstü eğitim almaya başvurabilecektir. 2012 yılında São Paulo Bölgesel Tıp Konseyi, bu yıl mezun olan hekimlerin ruhsatlandırılması için bir sınava tabi olunması gerektiğini duyurmuşlardır. Buna göre uzman olmak isteyen hekimler ilgili seçme sınavına girmek zorundadırlar (Suarez-Kurtz, 2014).

Grafik 4 incelendiğinde, hekim sayıları yıllar itibarıyla sürekli bir artış eğilimi göstererek 1000 kişiye düşen hekim sayısı 2000 yılında 1,3 iken, 2013 yılında 1,8’e yükselmiştir. Brezilyada ise, 2000 yılında 1,5 iken, 2013 yılında 1,8’e yükseldiği görülmektedir (Health at Glance, 2015: 81). Her iki ülke için, 2013 yılına bakıldığında OECD ortalamasının (3,3) altında olduğu bulunmuştur. Brezilya’da en önemli sorunlardan biri hekim sayısının yetersiz olmasıdır. İnsan kaynakları açısından, Aile Sağlığı Stratejisinin (ASS) hızla yaygınlaşması hekim eksikliğine yol açmıştır. Bu bağlamda “Daha Fazla Hekim Programı” politikaları ile Brezilya, Küba² ve diğer ülkelerden 15 bine yakın hekim ithal etmiştir. ASS’ni yönetme sorumluluğu belediyelerde olduğundan, aile sağlığı ekiplerinin kapasite ve niteliğinde büyük değişkenlikler vardır. Bunlar, farklı temel donanımlar, personel karışımları ve farklı türlerde sağlık personeli olmasından kaynaklanmaktadır (Medina, 2014).



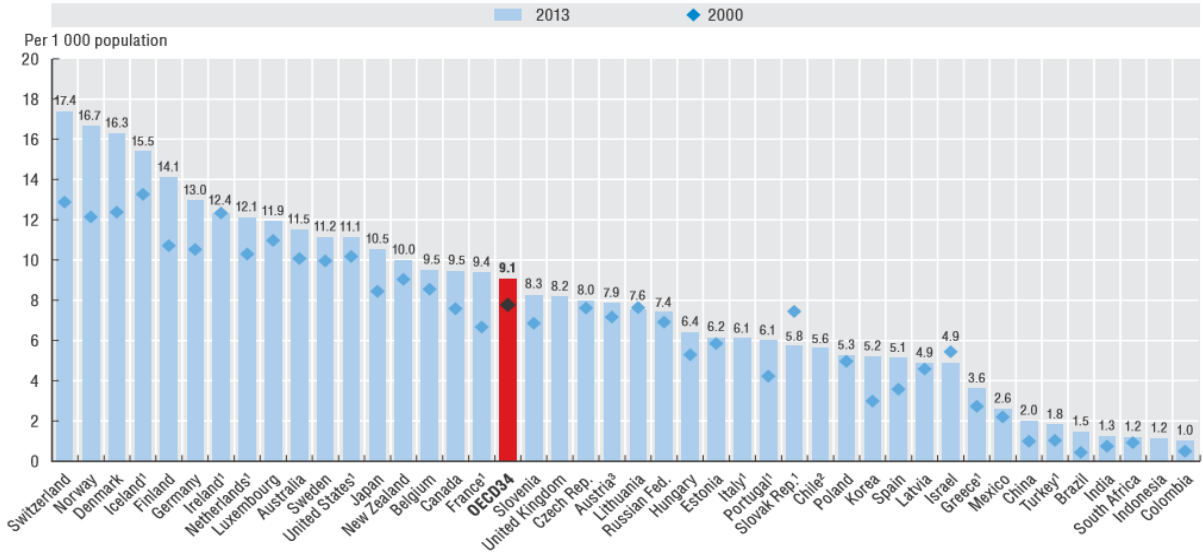
Grafik 4: 1000 Nüfusa Düşen Pratisyen Hekim Sayısı

Kaynak: Health at Glance, 2015: 81.

Brezilya’da hemşire işgücü, profesyonel hemşire, hemşire teknisyeni ve hemşire yardımcısından oluşur. Federal Hemşirelik Yüksek Kurulu’na göre, 2011 yılının Mart ayında 314.127 (%20.46) profesyonel hemşire, 698.697 (%45,5) hemşire teknisyeni ve 508.182 (%33.09) hemşire yardımcıları olmak üzere toplam 1.535.568 hemşire kaydetmiştir. Bu kayıtlı iş gücünün %55.67’si güneydoğu, %19.61’i kuzeydoğu, %15.82’si güney, %5.45’i kuzey, %3.45’i ise Orta Batı’da yer almaktadır. Görüldüğü üzere hemşire dağılımında bölgelere göre çok dikkat çekici farklılıklar yer almaktadır (Silva ve ark., 2016).

² Küba’da 2014 yılında 100.000 nüfusa 6.7 hekim düşmektedir.

Hemşire sayıları yıllar itibariyle sürekli bir artış eğilimi göstererek 1000 kişiye düşen hemşire sayısı 2000 yılında 0,1 iken, 2013 yılında 1,8'e yükselmiştir. Brezilyada ise, 2000 yılında 0,43 iken, 2013 yılında 1,5'e yükseldiği görülmektedir (Health at Glance, 2015: 81). Her iki ülke için, 2013 yılına bakıldığında OECD ortalamasının (9,1) altında olduğu bulunmuştur (Grafik 5).



Grafik 5. 1000 Nüfusa Düşen Hemşire Sayısı

Kaynak: Health at Glance, 2015: 91.

Hekimlere düşen hemşire sayısı her iki ülke için, OECD ülke ortalamasının (2,8) altındadır. Hemşirelerin hekimlere oranının en yüksek olduğu ülke Finlandiya'dır (4,7). Türkiye'de hekimlerin (1,0) hemşirelere oranı Brezilya'ya (0,8) kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu oranın düşük olması hemşire sayısının da düşük olmasından kaynaklanabilir (Health at Glance, 2015: 91).

2.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamaları

Brezilya sağlık sisteminin finansmanı, kamu ve özel finansman kaynaklarının bir arada bulunduğu karma bir sisteme sahiptir. SUS toplumun tümüne sağlık hizmeti sağlamak ve bunun finansmanı ile sorumludur. Fakat uygulamada nüfusun %70'ini kapsam içine almıştır. Diğer %30'u özel sağlık hizmetleri ve özel sağlık sigortaları tarafından sigorta kapsamına alınmaktadır. SUS'un finansmanı, sosyal güvenlik primleri, kurumlar vergisi, finansal işlemler üzerinden alınan özel vergiler ve diğer genel vergilerden sağlanır. Kamu finansmanı, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %48'ini kapsar. Bu finansman kaynağı, üç hükümet alanındaki genel vergilerden ve sosyal katkılardan (federal) oluşmaktadır. Birliğin, SUS finansmanındaki payı, 2004 yılında kamu sisteminin toplamının %50'sinden biraz fazlasını oluşturmakta, hükümetler yaklaşık % 27, belediyeler ise % 23'ünü oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı bütçesi 2006 yılında 44,3 milyar \$, 2007'de ise yaklaşık 46,8 milyar dolar rees olmuştur. Bu kaynakların neredeyse yarısı eyaletlere ve belediyelere aktarılmaktadır. Diğer yarısını Sağlık Bakanlığı ilgili kuruluşlara (INCA, GHC, Fiocruz) ve doğrudan idaresi altındaki hastanelere harcamaktadır (Gragnolati ve ark., 2013).

Toplam sağlık harcamaları 2014 yılında GSYİH'nın %8,3'ü olup, bu rakam DSÖ tarafından önerilen %5'den yüksektir. Üst-Orta gelirli ülke ortalamalarına göre nispeten yüksek seviyedeki bu sağlık harcamasına karşın, OECD ortalamasının altında olduğu görülmektedir (Tablo 10). Ulusal Hazine Mali Analizine göre 2014 yılı için; GSYİH'nın sağlık harcamaları için ayrılan kısmının %46,0'i kamu sektörüne, %4,5'i özel sektöre ve kalan %47,2'si cepten yapılan harcamalardan oluşmaktadır (WB Data, 2015).

Tablo 10: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı

	2011	2012	2013	2014
Brezilya	8.1	8.3	8.5	8.3
Türkiye	5.3	5.2	5.4	5.4
OECD	12.1	12.2	12.2	12.4
Üst-Orta Gelirli Ülke	5.9	6.0	6.1	6.2

Kaynak: WB Data, 2015

Brezilya'da satın alma gücü paritesi (SAGP) üzerinden kişi başı sağlık harcamasının Dolar cinsinden değeri incelendiğinde, 2011 yılında yaklaşık 1.200 \$ olarak gerçekleşen harcamanın ilerleyen yıllarda düzenli bir artış gösterdiği görülmektedir. Bu oran Türkiye'de yaklaşık 1000\$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (SAGP-%)

	2011	2012	2013	2014
Brezilya	1,199.8	1,257.3	1,334.1	1,318.2
Türkiye	941.4	948.7	1,007.0	1,036.5
OECD	4,335.0	4,451.6	4,541.5	4,697.9
Üst-Orta Gelirli Ülke	747.2	813.5	873.1	929.6

Kaynak: WB Data, 2015

Cepten harcamalar, birçok ülkede değişen boyutlarda sağlık sistemi finansmanı aracı olarak kullanılmaktadır. Özellikle düşük gelirli ülkeler açısından önemli bir finansman kaynağı olan cepten harcamalar finansal güvence sağlamadıkları için önemli finansman sorunlarından biridir (Özgen, 2008). Brezilya'da cepten yapılan harcamaların yüksek olduğu ve üst-orta gelirli ülkelerde bu oranın oldukça yüksek bir paya sahip olduğu görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 12: Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarının İçindeki Oranı (%)

	2011	2012	2013	2014
Brezilya	26.8	26.9	25.8	25.5
Türkiye	15.4	15.8	16.8	17.8
OECD	13.9	13.9	13.8	13.6
Üst-Orta Gelirli Ülke	32.8	32.8	32.9	32.2

Kaynak: WB Data, 2015

Ayrıca, SUS, nüfusun büyük çoğunluğu için ilaç ve sağlık teknolojilerine serbestçe erişmeyi amaçlamaktadır. Her iki veya üç yılda bir gözden geçirilen ulusal bir ilaç listesi ve ilaçların rasyonel kullanımı konusunda hekime rehberlik eden ulusal bir formüller var. SUS için olan zorluklardan bir tanesi, halkın finansmanı ile tüm nüfus için sağlık hizmetlerine ve sağlık teknolojilerine erişimini sağlamaya devam etmektir.

Sonuç olarak, Brezilya'da sağlık sektörü iki alt sistemden oluşmaktadır: bir taraftan, ülkenin siyasi yapısına göre, âdemi merkezîyetçi ve sağlık hizmeti sunum noktasında kamu veya sözleşmeli özel sağlayıcılar tarafından sağlanan bakım ile ücretsiz olan, vergi finansmanlı bir ulusal sağlık sistemi olarak düşünülen Birleştirilmiş Sağlık Sistemi vardır. Diğer tarafta, kendi ağ sağlayıcısına sahip olan doğrudan ödemeyle veya özel sigorta programları yoluyla nüfus erişimini sağlayan özel sistem (ek sistem) vardır. Ancak Brezilya'da özel sağlık sigortasına sahip kişilerin sağlık hizmetlerini kullanma ihtimalleri daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

3. Sağlık Statüsü Göstergeleri

3.1. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Brezilya’da doğuşta beklenen yaşam süresi 2000 yılında 70 iken 2014 yılında yaklaşık 74’e yükselmiştir. 2014 yılı itibariyle Brezilya’da doğumda beklenen yaşam süresinin erkeklerde 71, kadınlarda ise 78 olduğu görülmektedir (Tablo 13). Türkiye (70) ile Brezilya’nın doğumda beklenen yaşam süresinin hemen hemen aynı olduğu görülmüştür. OECD ülkelerinden her iki ülkede daha düşük doğumda beklenen yaşam süresine sahiptir. Sağlık alanındaki gelişmelere ve sosyal koşullardaki iyileşmelere paralel olarak, ortalama yaşam süresi artmakta, bu durum tüm dünyada yaşlı nüfusun artmasına yol açmaktadır. (Sütuluk ve ark., 2004). Ayrıca çizelgede yer alan tüm ülkelere bakıldığında kadınların erkeklerden daha uzun süre yaşadığı söylenebilir.

Tablo 13. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

	Toplam		Erkek		Kadın	
	2000	2014	2000	2014	2000	2014
Brezilya	70,0	74,4	66,3	70,7	74,0	78,3
Türkiye	70,0	74,1	66,4	72,0	73,8	78,5
OECD	77,1	80,1	74,1	77,5	80,2	82,8
Üst-Orta Gelirli Ülke	70,6	74,4	68,2	72,2	73,2	76,8

Kaynak: WB Data, 2015

3.2. Bebek Ölüm Hızı (BÖH), Beş Yaş Altı Ölüm Hızı ve Anne Ölüm Hızı

BÖH açısından her iki ülke incelendiğinde, Türkiye’de 2015 yılında bebek ölüm hızı binde 10,7 iken, Brezilya’da binde 14,6 olduğu görülmektedir. OECD ortalamasının oldukça üzerinde olduğu söylenebilir. Fakat Brezilya’da beş yaş altı ölüm hızı, üst-orta gelirli ülkelerin beş yaş altı hızından (14,7) daha düşüktür. Anne ölüm hızı incelendiğinde, Brezilya’da yüzbinde 44 iken Türkiye’de bu oran 16’dır. Bu bağlamda Türkiye anne ölüm hızında oldukça hızlı gelişmeler sağladığı söylenebilir (Tablo 14).

Tablo 14: Bebek Ölüm Hızı ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızı Karşılaştırması

	Bebek Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (1000 canlı doğumda)	Anne Ölüm Hızı (100.000 canlı doğumda)
Brezilya	14,6	16,4	44
Türkiye	10,7	12,8	16
OECD	5,9	6,9	14,0
Üst-Orta Gelirli Ülke	14,7	18,5	57

Kaynak: WB Data, 2015; UNICEF Data, 2015

3.3. Alkol ve Sigara Tüketimi

OECD ülkelerinde yıllık alkol tüketimi kişi başına 9,4 litre olurken, Türkiye en az alkol tüketilen ikinci ülke sıralamasında yer almaktadır. Brezilya’da ise OECD ortalamasının altında yer almakla birlikte yüksek bir orana sahip olduğu söylenebilir. OECD (2013) raporuna göre, Türkiye’de bir yetişkin yılda 3 litreden az alkol tüketirken, listede birinci sırada yılda yaklaşık 11 litrelik alkol tüketimiyle Estonya bulunmaktadır. Kişi başı yıllık alkol tüketiminde dünya ortalaması ise 6,2 litre olduğu ifade edilmiştir. Sigara tüketiminde ise Türkiye yüksek oranlara sahiptir. Sigarayı bıraktırma kampanyaları, kapalı alanda sigara yasağı, yaş sınırı altında olanlara sigara satış yasağı sigara tüketimini azaltsa da çok sayıda kişinin sigara içtiği görülmektedir. Brezilya’da OECD ortalamasının altında sigara tüketimi olması dikkat çekicidir (Health at Glance, 2015). Bunun sebebi olarak sigaradan alınan verginin artması ve dolayısıyla fiyatların artması gösterilebilir. Araştırmalar, sigaradan alınan %10 oranındaki verginin

sigara tüketimini %5-8 arasında azaltacağını göstermektedir (Gigliotti ve ark., 2014). Obezite oranları incelendiğinde ise, Türkiye ve Ürdün'de OECD ortalamasının oldukça üstünde olduğu görülmektedir (Tablo 15). Ayrıca Bahreyn, Mısır, Irak, Ürdün, Lübnan, Libya, Filistin, Katar, Suudi Arabistan, Suriye, Tunus, Türkiye ve Birleşik Arap Emirlikleri de dâhil olmak üzere pek çok ülkede hem kadın hem erkeklerde aşırı kilo ve obezite oranlarının yüzde 50'den fazla olduğu bulunmuştur. En fazla obezite oranına sahip ülkeler ise, ABD, Çin, Rusya, Meksika, Almanya, Pakistan gibi ülkeler olduğu gösterilmektedir (medikalakedemi, 2014).

Tablo 15: Alkol ve Sigara Tüketimi

	15 yaş üzeri kişi başına düşen alkol tüketimi (%)	Sigara Tüketimi (%)	Obezite oranları (2014)
Brezilya	8,7	16,6 (E) / 11,1 (K)	%20
Türkiye	2,0	39,2 (E) / 13,2 (K)	%29,5
OECD	9,4	19,7	%20

Kaynak: (WHO, 2015).

3.4. HIV/AIDS

Brezilya'da HIV/AIDS ile yaşayan 734.000 kişinin olduğu tahmin edilmektedir. Bu, genel popülasyonda% 0,4 prevalans oranına karşılık gelir. Salgın, uyuşturucu kullananlarda HIV prevalans oranı %5,9, gaylerde % 10,5 ve kadın seks çalışanlarının %4,9'u olmak üzere bu temel popülasyonlarda yoğunlaşmaktadır (Brazil AIDS Report, 2015).Yapılan araştırmalar, AIDS'in epidemik düzeylerini sona erdirmeye yönelik araçların artık mevcut olduğunu göstermektedir. Müşterek Birleşmiş Milletler HIV/AIDS programı, 2030'da salgını sona erdirmeye hedefini belirlemesinin nedeni budur. AIDS'i halk sağlığı sorunu olarak sona erdirmeye imkânı hükümetlere, kamu politikalarına yenilikler getirme sorumluluğunu getirir ve salgınla mücadelede umut verir. 90/90/90 HIV ve AIDS hedefleri belirleyen Brezilya, 2020 yılına kadar HIV/AIDS'le yaşayan insanların %90'ının HIV durumlarını bilmesine kararlıdır. 2030 yılına kadar "Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden" biri olarak AIDS salgınına sona erdiren 2015 sonrası hedeflere ulaşmayı ve ilerlememeye olanak sağlayacağı ifade edilmiştir (Brazil AIDS Report, 2015).

3.5. Ölüm Nedenleri

Brezilya'da 2014 yılında en önemli beş ölüm nedeni sırasıyla kalp hastalıkları (yüzde 12,9), Serebrovasküler Hastalıklar, neoplazmalar, inme (yüzde 11,4), grip ve zatürree (yüzde 7,4) olarak belirlenmiştir. Bu nedenlerin devamında ise şeker hastalığı (yüzde 6,8) ve şiddet (yüzde 5,8) olarak incelenmiştir (World Health Ranks, 2014). İlk on ölüm nedeni arasında yer alan şiddet dikkat çekmektedir. Şiddet, Brezilya'da önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. 1930'lardan itibaren, enfeksiyöz hastalıklar giderek daha az öldürmekte ancak şiddet kaynaklı ölümler giderek artmaktadır (Barreto ve diğerleri, 2011). 2007'de tüm ölümlerin %12.5'inde şiddet, çoğunlukla genç erkekler arasında gerçekleşmiştir. 1997 ile 2007 yılları arasında, Brezilya'daki cezaevi nüfusu diğer herhangi bir Amerikan ülkesinden daha hızlı büyüdüğü belirtilmiştir (Walmsley, 2010). Birleşik Devletler, Çin ve Rusya'dan sonra dünyanın en büyük dördüncü ceza infaz kurumuna sahip olan Brezilya'da toplam 515.000 kişi (100.000 nüfusa 270 kişi) hapsedilmiştir (Murray ve ark., 2013).

3.6. Kanser

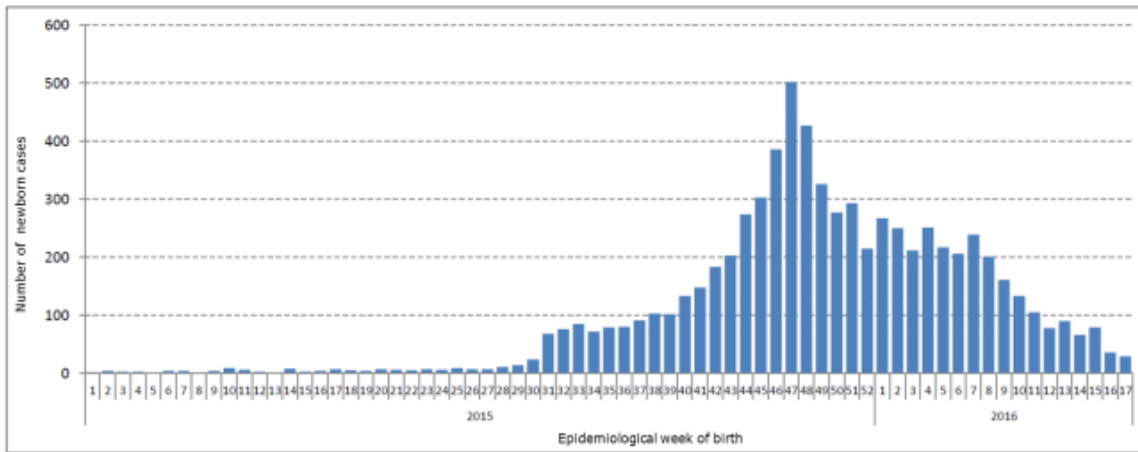
Brezilya'da kanser, kardiyak ve serebrovasküler hastalıklardan sonra en sık rastlanan ölüm nedenidir. 2014 yılında yaklaşık 205.000 erkek, 190.000 kadın olmak üzere 395.000 yeni kanser vakası vardır. En sık görülen kanser türü prostat, akciğer, kolon ve rektumdur. Kadınlarda en sık rastlanan kanserler göğüs, kolon ve rektum, serviks, akciğer ve tiroittir. Latin Amerika ve Karayip ülkelerin insidansı doğrudan sosyal ve ekonomik eşitsizliklerle ilişkili iken, mortalite her ülkedeki sağlık

sistemlerinin yapısını ve düzenini yansıtmaktadır. Orantısız mortalite oranlarına ek olarak kanser insidansındaki artış, tarama hizmetlerinin organizasyonu, aşılama ve risk faktörlerinin kontrolünde önleyici faaliyetler ve kanser için tanısal ve tedavi yöntemlerine erişime doğrudan bağlıdır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ile birlikte risk faktörlerinin kontrolü, Latin Amerika'da kanser kontrolü konusunda zorluk haline geldiği belirtilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine ve tahminlerine göre, Brezilya'da kansere bağlı ölümlerin sayısı 2000'de 6 milyon iken; 2007'de 7,6 milyona yükseldi ve 2000 ile 2007 arasındaki ölümlerin büyüklüğünde %32'lik bir artış göstermiştir. 2007 yılında tüm ölümlerin %13'ünden kanserin sorumlu olduğu gösterilmiştir. 2030 yılı için projeksiyonlar, 26 milyon yeni vaka ve kanserden dolayı 17 milyon ölümün gerçekleşeceğini öngörmektedir (Barbosa ve ark., 2015). Kanser insidansına ait en son veriler 2012 yılına ait olduğu görülmektedir. Buna göre, 100.000 kişiye düşen kanser insidansı Brezilya'da 205,5 iken, Türkiye'de 233,0 olduğu incelenmiştir (OECD, 2015).

4. Başlıca Sağlık Sorunları

4.1. Zika Virüsü

Brezilya'da binlerce kişiye bulaşan ve 39'den fazla ülkeye yayılan Zika virüsü, dünyanın gündemine bir anda küresel sağlık tehdidi olarak eklenmiştir. Sivrisinek sokması ile bulaşan bu virüs, gebelik için tehlike oluşturarak henüz doğmamış bebeklerin beyinlerinde küçülme ve hasara, hatta ölüme neden olmaktadır. Ayrıca, bebeklerin yaşam süresini kısaltan virüs, beyin fonksiyonlarında da bozukluklara ve beynin yetersiz gelişime neden olmaktadır. Brezilya'da şu ana kadar 51 bebek virüs nedeniyle öldüğü kaydedilmiştir. Bu konuda El Salvador Sağlık Politikası Bakan Yardımcısı, kadınlara iki sene çocuk yapmaktan kaçınmaları ve aile planlamasına eğilmeleri çağrısında bulunarak sağlık politikası geliştirilmiştir. Orta ve Güney Amerika'daki sivrisinekler tarafından bulaşan hastalıkların mevsimselliği nedeniyle Zika virüsü hastalığının eğilimi azalmaya başlamıştır. Aynı zamanda, Karayip ülkelerinde çoğu durumda artış eğilimi devam etmektedir (PAHO/WHO, 2016). Türkiye için henüz zika virüsü konusunda alarm verilmemiştir. Ancak seyahat uyarılarının artması ve Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı açıklamasının ardından, virüs üzerine tartışmalar başlamıştır (sağlık.gov.tr).



Grafik 6: Brezilya'da Mikrosefali ve kafa deformasyonu görülme sıklığı
Kaynak: PAHO/WHO, 2016

Doğan bebeklerde mikrosefali (beyin küçülmesi) görülme sayısı zika virüsü ile orantılı olarak ciddi bir artış göstermiştir. En fazla 2015 yılının 47, 48 ve 49. haftalarda olduğu incelenmiştir (Grafik 6). Zika virüsünün aşısı halen bulunamamıştır. Ancak WHO tarafından tüm fonlar bu aşının bulunması için harcanmaktadır. Bu salgınla mücadele etmenin bir yolu, sivrisinekle zorundadır.

4.2. Tüberküloz (TB)

Dünyadaki TB hastaların yaklaşık %80'i 22 ülkede bulunmaktadır. Brezilya, Yüksek TB olgu yükü bulunan 22 ülkeden sonuncusu olarak yer almaktadır. Brezilya'da 2001 yılında tüberkülozlu tüm erişkinlerin %11'inin HIV ile birlikte bulaştığı veya AIDS geçirdiği tahmin edilmiştir. DSÖ, 2009 yılında %72 tüberküloza sahip kişi üzerinde yapılan HIV testi sonucu %14'ünde hastaların HIV pozitif olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de ise 2011 yılında kayıtlara giren 15.679 TB olgusundan 29'unun (%0,18) HIV (+) olduğu tespit edilmiştir (WHO Report, 2013). TB, AIDS'li insanlarda önde gelen ölüm nedenidir ve tüm bulaşıcı hastalıklar arasında üçüncü ölüm nedeni olarak gösterilmektedir. Bu yüzden tüberkülozlu hastalarda AIDS vakalarını tespit etmek önemlidir.

Tablo 19 incelendiğinde Brezilya'daki tüberküloz insidansının 2007'den 2014 yılına gelindiğinde bir azalma olduğu söylenebilir. Üst-orta gelir grubundaki ülkelerin ortalaması (84,0) ise oldukça yüksektir. Ancak 100.000 kişi başına 44 olgunun düşmesi ile oldukça yüksek bir paya sahip olduğu da görülmektedir. Bunun temel sebebi Brezilya'da yaşayan bir kesimin temiz su ve sanitasyona ulaşma sorunu sebebiyle olduğu ileri sürülebilir. 2009 yılında, tüberkülozdan 4.800 ölüm bildirilmiştir.

Tablo 16: 100.000 nüfusa düşen Tüberküloz İnsidansı

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Brezilya	49.0	46.0	49.0	46.0	47.0	45.0	45.0	44.0
Türkiye	30.0	29.0	27.0	26.0	24.0	22.0	20.0	18.0
Üst-orta gelir düzeyi	102.0	99.0	97.0	94.0	91.0	89.0	86.0	84.0

Kaynak: World Bank Data, 2015.

4.3. Temiz İçme Suyu ve Sanitasyon

Brezilya'da ulusal düzeydeki Şehir Bakanlığı, çeşitli bakanlıkların uyguladığı içme suyu hakkındaki sektör politikalarını koordine eder. 2008 yılında ülkedeki tüm belediyeler su temini sistemine bağlandı ve %55,2 'si kanalizasyon sistemi yoluyla hizmet edilmiştir. Ayrıca, 2008 yılında kentsel nüfusun %92,8'i yeterli bir içme suyu kaynağına sahiptir ancak kırsal nüfusun sadece %31,5'inin yeterli miktarda içme suyu kaynağına ulaştığı ve sadece %24,2'sinin genel kanalizasyon sistemine veya fosseptiklere erişimi olduğu görülmektedir. Kanalizasyonun önemli bir kısmı (%32) hiç işlem görmemekte ve doğrudan tatlı su kaynaklarına bırakılmaktadır. Brezilya devlet su şirketleri hizmetlerini kentsel alanlara sunmakta ancak kırsal ve küçük toplulukları içermemektedir (PAHO, 2012).

Tablo 17 incelendiğinde, gelişmiş sanitasyon imkanlarının kırsal bölgelerde kullanımının Brezilya'da yıllar itibariyle iyileşme olsa da bu oranın oldukça düşük olduğu görülmektedir. ABD ve İngiltere kırsal bölgeleri içinde sanitasyon imkanlarının çok iyi olduğu bulunmuştur. Türkiye de kırsal nüfusun %86'sının sanitasyon kullandığı görülmektedir.

Tablo 17: Gelişmiş Sanitasyon İmkânlarının Kırsal Bölgelerde Kullanımı

	2011	2012	2013	2014	2015
Brezilya	49,0	49,8	50,7	51,5	51,5
Almanya	99,0	99,0	99,0	99,0	99,0
Türkiye	81,9	82,8	83,7	84,6	85,5
Üst-orta Gelirli ülkeler	63,6	64,4	65,3	66,2	66,9
ABD	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0
İngiltere	99,6	99,6	99,6	99,6	99,6

Kaynak: World Bank Data, 2015

5. Sağlık Sisteminin Değerlendirilmesi

5.1. Sağlıkta Eşitsizlikler ve Erişim

Sağlıkta eşitsizlik ile ilgili son zamanlarda yapılan araştırmalar, eğitim, gelir veya etnik köken gibi bireysel özelliklerin yanı sıra grup karakteristikleri, sağlıkta sosyal ve mekânsal farklılıkları açıklamak için yoğunlaşmıştır. Yerel düzeyde eşitsizliklerin ön plana çıkarılması özellikle önemlidir, çünkü sosyal ve çevresel koşullar sağlık statüsünün önemli belirleyicileri olarak gösterilmiştir. Brezilya'da bölgeler arası mortalitelerdeki farklılıklar, çoğu zaman oldukça dik bir kuzey-güney eğimi ile belgelenmiştir (Szwarcwald, 2011). Brezilya'nın beş coğrafi bölgesi arasında Kuzey ve Kuzeydoğu en yoksul olan bölgelerdir. Güneydoğu bölgesinin ekonomik önemi daha yüksektir ve Brezilya nüfusunun% 40'ından fazlasını, en kalabalık devletleri olan São Paulo ve Rio de Janeiro'da içerir. Güney, en küçük toprak alanına sahiptir, toplam nüfusun% 14'ünü oluşturur ve en zengin iki bölgeden birini oluşturmaktadır. Merkezi-Batı, 1960'lı yıllarda Brezilya'nın başkenti Brasilia'ya taşınmasından bu yana hızlanan ara geçiş aşamasına sahiptir. Kuzey ve Kuzeydoğu bölgelerindeki yoksul olan sosyo-ekonomik koşulların yoğunlaşması ile sağlık hizmetlerinin ve kaynakların dağılımındaki eşitsizlikler, pek çok sağlık göstergesinde aşırı bir Kuzey-Güney eğimini yansıtmaktadır. Bu eşitsizlikler halen devam etmektedir. Daha refah olan güney eyaletlerinde bebek ölüm hızı daha düşük ve daha yüksek ömür beklentilerine sahiptir (Szwarcwald ve ark., 2016). Kuzey ve güney arasında yaşam beklentisi açısından 7 birim yaş fark olduğu incelenmiştir.

Lansky tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada, 2011 ve 2012 yılı bebek ölümlerinin bölgelere göre farklılık gösterip göstermediğini incelemiştir. Kuzey ve kuzeydoğuda ölen bebeklerin sayısı diğer bölgelere göre çok daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre, ölümler, Brezilya'nın Kuzeydoğu Bölgesi'nde (%38,3) ve Güneydoğu'da (%30,5) yoğunlaşmaktadır. Ayrıca neonatal ölümler merkezde (%5), güneyde (6,9) iken kuzeydoğuda (%38,3), kuzeyde (%20) olduğu incelenmiştir. Bununla birlikte hastane yataklarının ve diğer sağlık hizmet kaynaklarının dağılımında bölgeler arası farklılıklar olduğu, kuzeyde yetersiz kapsam ve kamu sistemine daha fazla bağımlı oldukları görülmektedir. Kuzeyde hastane yatağı yoğunluğu 2.2 iken, güneyde 2.6'dır. Hekim yoğunluğu ise yine kuzey bölgelerde 1.1 iken güneyde 2.4 olduğu incelenmiştir. Ayrıca sağlık tesisleri açısından da bölgelere göre farklılıklar olduğu görülmektedir.

2008'den 2013'e kadar Brezilyalı nüfusun sağlık hizmetleri talebi önemli ölçüde arttığı daha öncede belirtilmiştir. Bu bağlamda, özellikle sağlık sigortası alamayan bireyler, daha az okullaşmanın olduğu ve kırsal alan sakinleri arasında daha da artışı görülmektedir. Öte yandan, erişim eksikliği ise talep artmasına rağmen halen düşük ve istikrarlı bir şekilde devam etmiştir. 2013'te yapılan bir anket sonuçları, bakıma başvuran her 20 kişiden biri gittikleri ilk sağlık kuruluşunda bakım alamadığı bulunmuştur. Erişim eksikliğinin nedenlerinin çoğunun, özellikle doktorlar olmak üzere sağlık hizmetleri profesyonellerinin bulunmamasıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip bireylerin lehine olan eşitsizlikler vardır. Brezilya'da ikinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı ve önleyici faaliyetleri daha yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip olanlar kullanırken, düşük gelirli bireyler birincil bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanmaktadır. Ayakta tedavi edilen ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki eşitsizlik, diğer bakım seviyelerine göre daha belirgindir. Özel sağlık planlarının alınması, sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizliklerin varlığına katkıda bulunmaktadır (Subirats ve ark., 2013). En yaygın olarak bildirilen sorunlardan biri de erişim ve doktor eksikliğinin yanı sıra tedavinin ertelenmesidir. Kamu hastanelerdeki asıl sorun, konsültasyon ve muayene için bekleme süresidir (Gragnotati ve ark., 2013). Sonuç olarak, Brezilya'da iki katmanlı bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Özel sektörde zenginler dünya standartlarındaki sağlık hizmetlerine erişirken, yoksullar yetersiz bir kamu sistemi ile sınırlıdır. Özellikle kuzey-güney bölgeleri arasındaki farklılıklar dikkat çekmektedir.

5.2. Yeterlilik

Bir sistem düşüncesi içerisinde yeterlilik, kurumlar ve kurumsal ilişkilerin, bireylerin genel haklı beklentilerine uygun olarak düzenlenmesinin çıktısı olarak tanımlanabilir. Yeterliliğe iki görüş

açısından bakılabilir: Birincisi, sağlık bakım sistemi kullanıcısı sıklıkla bir müşteri olarak tanımlanır, daha iyi bir yeterlilik de müşterileri çekmenin bir yolu olarak görülmektedir. İkinci olarak, yeterlilik, zamanında ve yeterli bakım için hastaların haklarının korunması ile ilgilidir (Silva 2000). Bu açıdan Brezilya'da sunulan sağlık hizmetlerinin uzun bekleme sürelerini içermesi, tedaviyi alamaması ve başka bir sağlık tesisine başvurmak durumunda kaldığı vurgulanmıştır. Bu açıdan Brezilya sağlık sisteminin kısmen yeterli olduğu söylenebilir. Çünkü kentlerde hizmet alanlar bu açıdan daha az problem yaşamaktadır.

5.3. Sağlık Sisteminin Kalitesi

Brezilya'da yapılan çalışmalar, sağlık hizmetleri kalitesinin bozulduğunu ve bakımla ilgili temel şikâyetlerin, gecikme, tedavi almak için sağlık hizmetine birkaç ziyaretin yapılması, muayenelerde veya hatta tedavi devamlılığında garanti bulunmaması olduğunu ortaya koymuştur (Assis ve ark., 2003; Gouveia ve ark., 2005). Uzman hekim eksikliğinin olması, kişi başına düşen sağlık profesyonellerinin yetersiz olması sistemin kalitesini ve verimliliğini etkilemektedir.

Dünya Sağlık Araştırması (2004), değerlendirmelerin özel ve kamu kullanıcıları arasında farklı olmasına rağmen, ülkedeki sağlık sistemi ile hem kamu hem de özel olarak yüksek düzeyde kullanıcı memnuniyetsizliğinin (% 57.8) olduğunu bildirmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında ulusal sağlık sekreteryaya konseyi ile birlikte yapılan bir başka anket ise, Brezilya nüfusunun% 90'dan fazlasının bazı SUS hizmetleri kullandığını göstermektedir. Ankete göre, hastane acil servis odalarındaki bekleme hatları, muayene ve ameliyatlar için uzun bekleme süresi ve sağlık birimlerinin hastaları alamamaları SUS kullanıcıları arasında sıkça şikâyet ettikleri konular arasında yer almaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmada, Brezilya sağlık sistemi incelenerek ülkelerle bazı göstergeler açısından karşılaştırılmıştır. Ekonomik olarak, 2015 yılında yüksek enflasyon ve işsizlik oranı ile GSYİH büyümesinin eksilere düşmesi ülkeyi zor duruma düşürmüştür. Bu bağlamda, hükümet kemer sıkma politikaları kapsamında düzenlemeler yapmıştır. Brezilya'da 2008 yılında, SUS anayasal metinde oluşturulduğu andan itibaren 20 yıl sonra tamamlanmıştır. Bu reform ile birlikte büyük adımlar atıldı ve önde gelen ciddi zorluklar halen devam etmektedir. En büyük ilerleme, daha önce kapsamda nüfusun %75'inin sağlık hizmetlerine erişebilmesi olmuştur. Nüfusun yaklaşık %25'inin sağlık planlarını ve özel sigortayı kullanmaktadır. Ancak kamu hizmetlerinin kaliteli olmaması, bekleme sürelerinin olması gibi nedenlerle gelir düzeyi yüksek olanlar özel sektörü tercih etmektedir. Brezilya'da hasta yatağı sayılarındaki azaldığı dikkat çekmiştir. Kişi başına düşen hekim sayısını artırabilmek için Küba'dan hekim ithal edilmiştir. Yaşlı nüfusu artan bir ülke olduğu için yaşlı bakımı konusunda geriatri hizmetleri yaygınlaşmıştır. Bebek ölüm hızı ve anne ölüm hızı yüksektir. Bu açıdan sağlık sisteminin etkili olmadığı söylenebilir. Brezilya'nın istikrarlı bir şekilde zika virüsü ile mücadele ettiği, sıtma ile mücadele gerçekleştirdiği ve tüberküloz için çeşitli politikalar gerçekleştirilmiştir. Bunun için birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı oldukça genişletilmeye çalışılmıştır. Her bin kişi için sağlık ekipleri oluşturulmuş ve haftada bir ev ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte sağlık eşitsizliklerinin, bölgelere göre farklılıkların olduğu da dikkatleri çekmektedir.

KAYNAKÇA

Ağırbaş, İsmail (2016), Hastane Yönetimi ve Organizasyon. Siyasal Kitapevi, Ankara.

Akbulut, Yasemin, Ömer Rıfkı Önder, Çağdaş Erkan Akyürek, Ece Uğurluoğlu Aldoğan, Bayram Göktaş, Gamze Kutlu, Jebağı Canberk Aydın, Walter Swobodo (2015), Hastane Kapasiteleri ve Hizmet Göstergeleri Açısından Almanya ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Analizi içinde Toplum, Sağlık ve Eğitimde Çeşitlilik. Editörler: Borde, T. ve Esen, E. ss.339-354. Siyasal Kitabevi.

- Assis, Marluce Maria Araújo, Tereza Cristina Scatena Villa, Maria Angela Alves do Nascimento (2003), Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva*. Volume: 8, p. 815-23.
- Barbosa, Isabelle R, Dyego L.B. de Souza, María M. Bernal, and Íris do C.C. Costa (2015), "Cancer mortality in Brazil Temporal Trends and Predictions for the Year 2030" *Medicine (Baltimore)*. Volume: 94, Issue: 16, p.1-6.
- Barreto, Mauricio L, M. Gloria Teixeira, Francisco I Bastos, Ricardo AA Ximenes, Rita B. Barata, Laura C. Rodrigues (2011), "Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: Social and environmental context, policies, interventions, and research needs" *Lancet*, Volume: 377 Issue: 9780, p.1877-1889.
- Barro Jason, David Cutler (1997), "Consolidation in Medical care Marketplace, a case study from Massachusetts" NBER Working Paper. No: 5957, p.9-50.
- Billings, John, Steven Kaplan, Mijanovich Tod (1996), Projecting Hospital Utilization and Bed Need in New York City for the Year 2000. HPR Reports. New York University, 82.
- Brazil Aids Report (2015), The Brazilian Responce to HIV and AIDS. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BRA_narrative_report_2015, 17.11.2016.
- Brazil Counrty Handbook (2014), <https://info.publicintelligence.net/MCIA-BrazilHandbook.pdf>, 20.05.2016.
- Brazil Health System (2009). Brazil Health Systems and Services Profile. Monitoring and Analysis of Health Systems Change/Reform. WHO Report.
- Brezilya Merkez Bankası (2015). [Erişim Adresi: <http://www.bcb.gov.br/en/#!/home> Erişim Tarihi: 11.11.2016.
- Brezilya Planlama Bakanlığı (2015). [Erişim Adresi: http://www.conselho.saude.gov.br/14_cns/docs/constituicaofederal.pdf] Erişim tarihi: 11.11.2016.
- Brezilya Sağlık Bakanlığı (2015). [Erişim Adresi: <http://portalsaude.saude.gov.br/>] Erişim Tarihi: 20.11.2016.
- Brezilya Ülke Bülteni (2014), Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu Yayınları (DEİK).
- Central Intelligence Agency (2016), Erişim Adresi:[<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html>] Erişim Tarihi: 11.11.2016
- Couttolenc, Bernard (2011), Taking Stock of Performance Reforms at the Sub-National Level in Brazil: Recent Performance Gains Achieved in the Health Sector, Hypotheses on Possible Drivers of Good and Bad Performance." Consultant report, World Bank, Washington, DC.
- Gigliott Analice, Valeska C Figueiredo, Clarice S Madruga, Ana CPR Marques, Ilana Pinsky, Raul Caetano, Vera Luiza da Costa e Silva, Martin Raw and Ronaldo Laranjeira (2014), "How smokers may react to cigarette taxes and price increases in Brazil: data from a national survey" *Bmc public health*. Volume:14, Issue:327, p.2-9.
- Gragnotati Michele, Magnus Lindelow, Bernard Couttolenc (2013), Twenty Years of Health SystemReform in Brazil An Assessment of the Sistema Único de Saúde. World Bank Report.
- Health At Glance (2015). OECD Library. doi:[10.1787/health_glance-2015-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en) Erişim Tarihi: 29.11.2016.
- Hinrichsen, Don (2002). The Next 25 Years: Global Issues. [Erişim Adresi: http://oceanservice.noaa.gov/websites/retiredsites/natdia_pdf/3hinrichsen.pdf]. Erişim Tarihi: 11.13.2016.

- Lansky, Sonia, Amélia Augusta de Lima Friche, Antônio Augusto Moura da Silva, Deise Campos, Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt, Márcia Lazaro de Carvalho, Paulo Germano de Frias, Rejane Silva Cavalcante, Antonio José Ledo Alves da Cunha (2014), "Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care" *Cad Saude Publica*, Volume:30, Issue: 1, p. 1-15.
- Medina, Daniel A. (2014). The story behind Cuba's deal to send doctors to Brazil. Erişim Adresi: <http://qz.com/234561/the-story-behind-cubas-deal-to-send-doctors-to-brazil/> Erişim Tarihi: 25.11.2016.
- Medikal Akademi (2014). Erişim Adresi: <https://www.medikalakademi.com.tr/obez-sayisi-milyarsisman-kilo/> Erişim Tarihi: 15.11.2016.
- Murray, Joseph, Daniel Ricardo de Castro Cerqueira, Tulio Kahn (2013), "Crime and violence in Brazil: Systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors" *Aggression and Violent Behavior*. No: 18, p. 471-483.
- OECD (2015). [Erişim Adresi: <https://www.oecd.org/brazil/>] Erişim Adresi: 9.11.2016.
- Özgen, Hacer, Mehtap Tatar (2008), "Sağlıkta Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler" *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 1, s. 103-132.
- PAHO/WHO (2016). Erişim Adresi: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=34970&lang=en] Erişim Tarihi: 11.11.2016.
- Paim, Jairnilson, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia, James Macinko (2011), "The Brezilyan health system: history, advances, and challenges" *Lancet*. Volume: 377, Issue: 9779, p.1778-97.
- Pan American Health Organization (Paho) (2012). Health İn The Americas, Brazil.
- Pan American Health Organization (Paho) (2015). Epidemiological Alert Neurological Syndrome, Congenital Malformations And Zika Virus İnfection. Implications For Public Health in Americas.
- Sharma, Ruchir (2012), Parçalanın Bric: Diğerlerinin Yükseliş Neden Durdu Erişim Adresi: <Http://Www.Gif.Org.Tr/Tr/Parcalanan-Bric-Digerlerinin-Yukselisi-Neden-Durdu-Ruchir-Sharma> Erişim Tarihi:12.11.2016.
- Silva, Kênia Lara, Roseni Rosângela de Sena, Tatiana Silva Tavares, Stephanie Marques Moura Franco Belga, and Lucas Wan Der Maas (2016), "Migrant Nurses in Brazil: Demographic Characteristics, Migration Flow And Relationship With The Training Process" *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 24: E2686.
- Suarez-Kurtz, Guilherme (2014). "A Brief Description Of Medical School Curricula İn Brazil" Case Western Reserve University. Retrieved 4 June.
- Subirats, Irena, Ingrid Vargas, Amparo Susana Mogollón-Pérez, Pierre De Paepe, Maria Rejane Ferreira da Silva, Jean Pierre Unger, Carme Borrell and Maria Luisa Vázquez (2014), "Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil" *International Journal for Equity in Health*, Volume: 13, Issue:10, p. 2-15.
- Sütölük Z, Demirhindi H, Savaş N ve ark (2004). Adana Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve Nedenleri, *Türk Geriatri Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 3, s.148-151.
- Szwarcwald Celia Landmann, Paulo Roberto Borges de Souza Júnior, Aline Pinto Marques, Wanessa da Silva de Almeida, and Dalia Elena Romero Montilla (2016), "Inequalities in Healthy Life Expectancy By Brazilian Geographic Regions: Findings From The National Health Survey" *Int J Equity Health*. Volume:15, Issue:141, p.2-9.
- Szwarcwald, Célia Landmann, Jurema Corrêa da Mota, Giseli Nogueira Damacena and Tatiana Guimarães Sardinha Pereira (2011), "Health Inequalities İn Rio De Janeiro, Brazil: Lower Healthy Life Expectancy in Socioeconomically Areas". *Am J Public Health*. Volume:101 Issue:3, p. 517-523.

- Tvevad, Jesper (2014), Brazil: Promises Of More Change – But In Which Direction? Erişim Adresi:[[Http://Www.Euoparl.Europa.Eu/Regdata/Etudes/Idan/2014/536412/Expo_Ida536412_En.Pdf](http://Www.Euoparl.Europa.Eu/Regdata/Etudes/Idan/2014/536412/Expo_Ida536412_En.Pdf)] Erişim Tarihi: 11.11.2016.
- Unicef Data (2015), Sayılarla Dünya Çocuklarının Durumu-2014, <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/Unicef%20SOWC%202014%20web.pdf>, 10.02.2017.
- Walmsley, Roy (2010). Trends In World Prison Population. Harrendorf, M. Heiskanen, & S. Malby (Eds.), International Statistics On Crime And Criminal Justice (Pp. 153–165). Helsinki, Finland: European Institute For Crime Prevention And Control
- World Health Rankings (2014), <http://www.worldlifeexpectancy.com/world-health-rankings>, 10.04.2017.
- Yased Uluslararası Yatırımcılar Derneği (2014). Türkiye Sağlık Sektörü Raporu Sürdürülebilir ve Kaliteli Bir Sağlık Sektörü İçin Genel Bakış Ve Potansiyel İyileştirme Alanları.
- Yeşilaydın, Gözde, Türkan Yıldırım, Deniz Tugay, İpek Camuz, Afsun Ezel Esatoğlu (2015). Türkiye ve Almanya’da Hekim İşgücü. Ed. Akbulut, Y. Mahalleli Yaşar, G, Yıldırım, T Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi F-141.

İnternet Adresleri:

- <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A900A?lang=en>
- <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/the-22-wealthy-countries-that-smoke-the-most-a6726071.html>
- <http://www.tobaccoatlas.org/country-data/united-kingdom/>
- <http://databank.worldbank.org/data/>
- <http://www.saglik.gov.tr/TR,3489/zika-virusu-hastaligina-iliskin-basin-aciklamasi-251220-html>
- <http://www.bbc.com/news/world-latin-america-35810578>
- <http://data.worldbank.org/income-level/upper-middle-income>