

**DOSYA/DERLEME****İSVEÇ: SOSYAL DEVLETİN  
DÜŞEN KALESİNDE SAĞLIK NEREYE?***Hakan TÜZÜN\****İsveç Konsolosluğu Önünde Kara Kızıl Bayraklarla, Nereden?**

İstanbul bağımsız basın merkezinin bildirdiğine göre, 15 Kasım 2006'da Galatasaray meydanında toplanan ve ellerinde kara kızıl bayraklar olduğu halde İsveç konsolosluğu önüne kadar sloganlar eşliğinde yürüyen bir grup burada basın açıklamasında bulundu. Grup açıklamasında "Bugün, İsveç hükümetinin neo-liberal yasalarına "dur" diyebilmek için genel greve çıkan İsveç'li kardeşlerimizle dayanışmak ve mücadelelerini selamlamak için bir araya geldik." deniliyordu ([www.istanbul.indymedia.org](http://www.istanbul.indymedia.org), 2006).

**Yönetsel Yapı**

İsveç'te yönetsel olarak ulusal hükümet, il yönetimleri (bölgesel konseyler) ve belediyelere karşılık gelen üç düzey bulunmaktadır. Bu üç düzey için 4 yılda bir seçimler yapılmaktadır. Ülkenin sağlık sisteminin yapısı da bu yönetim yapısına koşut ulusal, bölgesel ve yerel üç düzeyden oluşmaktadır. Amaçlar ve politikalar ulusal düzeyde belirlenir fakat il yönetimleri ve belediyeler sağlık sisteminin sürdürülmesinden sorumludur. 18 il yönetimi birinci basamak sağlık hizmetlerinden hastane hizmetlerine değin kamu ve özel kuruluşları da içerecek biçimde tüm sağlık sisteminden sorumludur. 290 belediyenin sorumluluğunda olan noktalar arasında okullar, yollar, su, kanalizasyon, finansal destek sağlama, çocuk

bakımı, okul sağlığı servisleri, çevre hijyeni, yaşlıların - engellilerin ve psikiyatrik hastaların bakımı, evde bakım hizmetleri yer almaktadır (Glennard, 2005).

Sağlık sisteminden ulusal düzeyde sorumlu olan "Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı'nın" yanı sıra "Sağlık ve Refah Ulusal Kurulu" da yarı bağımsız bir kamu otoritesi olarak hükümet ve il yönetimleri üzerinde denetleyici bir işlev görmektedir. "Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü" sağlığın geliştirilmesinden ve ulusal düzeyde hastalıklardan korunma programlarının geliştirilmesinden sorumludur. "Epidemiyoloji Merkezi" ise toplumun sağlık düzeyini ve sosyal durumunu izler ve sonuçları analiz eder (Glennard, 2005).

**Bazı Sağlık Ölçütleri**

İsveç toplumu bir yandan dünyanın en yaşlı toplumlarından birisi iken diğer yandan da en iyi sağlık göstergelerine sahip toplumlarından birisidir. 60 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı %17,2'dir. Kaba doğum hızı binde 11,1 kaba ölüm hızı binde 10,4, toplam doğurganlık hızı binde 1,7'dir. Doğumda yaşam beklentisi erkeklerde 77,7 yıl iken kadınlarda 82,1 yıldır (European Commission, 2005).

Bebek ölüm hızı 1970'te binde 11,1 iken 1980'de 6,9'a, 1990'da 6,0'a 1995'te 4,0'a, 2000'de 3,4'e düşmüştür (HIT). 5 yaş altı ölüm hızı erkeklerde binde 4 ve kızlarda binde 3'tür (WHO, 2006). Bağışıklama programındaki aşılar için bağışıklama oranları %90'ın üzerindedir (Glennard, 2005).

\*Dr., Halk Sağlığı Uzmanı

Algılanan sağlığı iyi ya da çok iyi olanların oranı erkeklerde %77,7 ve kadınlarda %70,7 ile AB ortalamasının üzerinde yer almaktadır (AB15: erkeklerde %64,4 ve kadınlarda %57,4) Algılanan sağlığı kötü ya da çok kötü değerlendirenlerin oranı ise erkeklerde %5,8 ve kadınlarda %7,8 ile AB ortalamasının altında yer almaktadır. (AB 15: erkeklerde %9,4 ve kadınlarda %13,2) 15-64 yaş arası popülasyonda uzun süreli sağlık sorunu ya da engelliliği olanların oranı ise %1,7'dir (European Commission, 2005).

### Sağlık Hizmetleri Sunumu

1995 yılındaki hükümet kararına göre birinci basamakta çalışan tüm hekimler genel pratisyenlikte uzmanlaşmış olmak zorundadır. Genel pratisyen, aile hekimi ya da bölge hekimi gibi terimler yerel politik karara göre değişmekle birlikte tümü birinci basamakta çalışan uzman hekim ifade etmektedir. Her il yönetimi birinci basamak hizmetin nasıl sunulacağını kararlaştırmada serbesttir. Birinci basamak sağlık temelde kamu tarafından sağlanmakla birlikte özel hizmet sunucuları da bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri özel hekimler, psikoterapistler, hemşire klinikleri ve ana-çocuk sağlığı klinikleri tarafından da desteklenmektedir (Glennard, 2005).

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunan hastaneler büyüklüklerine ve özgünleşme derecelerine göre "bölge il hastaneleri", "merkez il hastaneleri" ve "bölgesel hastaneler" olarak üçe ayrılır. Yüksek düzeyde uzmanlaşmış hizmetler için, İsveç 6 büyük bölgeye sahiptir. Her bölgede 1 ya da 2 bölge hastanesi vardır ve yaklaşık 1-2 milyon kişilik nüfusa hizmet verirler (Glennard, 2005).

İsveç'te 800 halk eczanesi ve 80 hastane eczanesi hükümete ait bir zinciri oluşturan organizasyonu meydana getirirler. Sistem içerisinde özgül hasta gruplarına yönelik yıllık tematik kampanyalar içeren aktiviteler düzenlenebilmektedir. Bununla birlikte eczane organizasyonunun kayıt ve işletim sisteminde kimi aksama ve gecikmeler olabilmektedir (Westerlund, 2006).

Bin kişi başına düşen sağlık çalışanı sayısı 1992'deki 46,7 rakamından 2002'de 31,9'a gerilemiştir. Bin kişiye düşen hekim sayısı iller arasında 2,3 ile 4,4 arasında değişmektedir. İsveç'te diğer İskandinav ülkelerine kıyasla tüm hekimlerin %60 gibi daha yüksek bir oranı hastanelerde çalışmaktadır. Hekim ve hemşirelerin sayısında zaman içinde artış olmakla birlikte dış hekimleri ve diğer sağlık personeli sayısında son birkaç on yıldır bir değişiklik görülmemektedir (Glennard, 2005).

### Sağlığın Finansmanı

İsveç sağlık sistemi temel olarak vergilerle finanse edilir. İl yönetimleri ve belediyeler kendi toplumlarından gelirle orantılı vergi toplama hakkına sahiptir. Vergilere ek olarak sağlığın finansmanı kullanıcı katkıları ve hükümetçe de

desteklenir. Sağlık hizmetlerinin politik ve finansal sorumluluğu il yönetimlerine yerleştirilmesi finansal kaynaklar ile il yönetimlerinin farklı aktiviteleri arasında sağlıklı bir bağlantı kurmayı zorlaştırmaktadır (Glennard, 2005).

"İsveç Sosyal Sigorta Kurumu" hastalık ve engelliliğe karşı finansal güvence sağlamak ve dış bakımı ile reçetelenen ilaçları sübvansede etmektedir. Sigorta zorunludur ve hastalığa bağlı gelir kaybı ve sağlık hizmeti kullanımını kapsamaktadır. Ulusal sağlık sigortası çalışanların katkıları ve merkezi hükümetin desteği ile finanse edilmektedir. İsveç'te özel sağlık sigortası oldukça sınırlıdır. 2003'te nüfusun %2,3'ü tamamlayıcı sigortaya sahiptir (Glennard, 2005).

Çoğunluğu dış kliniği de içeren ve il yönetimleri tarafından yönetilen sağlık kuruluşları ve hükümete ait zincir oluşturan eczaneler kamuya aittir. Doksanlı yılların başlarında il yönetimlerinin çoğu hem sağlık hizmetini finanse eden hem de üreten bir yapıya sahipken zamanla bu iki ayak ayrıldı ve bir çok il yönetiminde hastaneler mülkiyeti il yönetimine ait şirketler haline geldi. Hizmet sunucularla ödeme kuruluşları arasında yapılan anlaşmalar genelde vaka başı ödeme (DRG tabanlı-tanı ilişkili gruplara dayalı vaka başı ödeme) olmaktadır. İl yönetim bölgeleri arasında değişmekle birlikte az sayıda özel hastane ve özel hekim bulunmaktadır. Özel sağlık hizmeti sunucusu kuruluşlar il yönetimleri ile olan anlaşmaları üzerinden finanse edilmektedir (Glennard, 2005).

"İlaç Ödenek Kurulu" ilaçların sübvansede edilip edilmeyeceklerini belirler. İlaç sübvansede edilecekse kurul üreticilerle görüşerek fiyatı tespit eder. Reçete edilen ilaç sayısının artışı ve yeni ve pahalı ilaçların çıkmasının sonucu olarak 1990'lı yıllar boyunca ilaç harcamaları artmıştır. 2003 yılı itibarıyla İsveç'te kişi başı ilaç harcaması yaklaşık 350 Avrodur (Glennard, 2005).

2003 yılı rakamlarıyla 2517 \$'lık kişi başı sağlık harcaması ile 2326 \$'lık AB (15 üye) ortalamasının biraz üzerindedir. Sağlık harcamaları ülke gayri safi milli hasılasının %9,2'sini oluşturmaktadır. 2003'te kamuya ait harcamaların %24'ü il yönetimlerine, %48'i belediyelere, %28'i merkezi hükümete aittir (Glennard, 2005).

Tablo 1'de İsveç'te sağlık harcamaları ile ilgili bazı değişkenlerin yıllar içinde değişimi görülmektedir (OECD, 2006).

### Avrupa'da Esen Hakim Rüzgarların Yönü

"Sağlıkta reform epidemisi tüm dünyada yayılmaya devam ediyor!" (Stambolovic, 2003) Neoliberal paradigmanın rüzgarıyla yelkenleri dolan bu salgın Avrupa'yı da etkisi altına alıyor. "Adam Smith'in ruhunu çağırma seanslarına 1970'li yıllardan itibaren başlayan yaşlı kıtada üstadın görünmez eli (!) maharetlerini otaya koyuyor. 2000'li yıllara gelindiğinde sağlık sistemi açısından Smith'in elinin hafif olduğu söylenebilir mi?

Tablo 1. İsveç'te sağlık harcamaları ile ilgili bazı değişkenlerin yıllar içinde değişimi

	Kişi başına sağlık harcaması (\$)	Toplam sağlık harcamasının gayri safi milli hasılaya oranı (%)	Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı (%)	İlaç harcamalarının toplam sağlığı harcamalarına oranı (%)
1970	312	6,8	86,0	6,6
1975	531	7,6	90,2	7,9
1980	944	9,0	92,5	6,5
1985	1269	8,6	90,4	7,0
1990	1589	8,3	89,9	8,0
1995	1734	8,1	86,6	12,3
2000	2271	8,4	84,9	13,8
2001	2404	8,7	84,9	13,2
2002	2593	9,1	85,3	13,0
2003	2745	9,3	85,3	12,6
2004	2825	9,1		12,3

Kaynak : OECD

Avrupa ülkelerinin kendilerini yeni koşullara uyarlamak amacıyla gündeme getirdikleri uygulamalar; sağlık hizmetlerini çekici bir iş pazarı haline getirmek, tüketici bağlantılı sonuçlara odaklanmak, tüketici memnuniyeti ve sağlık hizmetleri piyasasında sağlık çalışanları için serbest çalışma fırsatları oluşturmak olarak sıralanıyor (Hjertqvist, 2002). 1990'lı yıllarda diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi İsveç'te de sağlık hizmetlerinde "iç pazar" reformları gerçekleştirildi (Quaye, 2001). "İç pazar" terimi ile sağlık hizmetlerinin rekabete dayalı bir pazar zemini üzerine temellenmesi kastediliyordu. Organize edilmiş bir iç pazar İngiltere, İsveç, Finlandiya, İtalya ve İspanya'da rekabetin yerleştirilmesinde ilk adım oldu. Bu anlayışa göre sağlık hizmetini finanse eden kuruluşun sağlık hizmeti sunan kamu ya da özel kuruluşlarla pazarlık yapabileceği, böylece rekabetin, en ucuz sağlık hizmetinin sağlanmasını doğuracağı öngörülmekteydi (Pol, 2004).

İngiliz ulusal sağlık sistemindeki 1990'lı yıllarda yapılan reformlar İsveç'te de benzer piyasa yönelimli reformlar yapılması yolunda uyarıcı oldu. Bunlar özel sektörün ve rekabetin canlandırılması, sözleşmelerle düzenlenen bir iç pazar oluşturulması, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanın ayrılması gibi uygulamaları kapsıyordu. Sağlık sistemindeki gözden geçirmenin arkasında yer alan finansal faktörler maliyetlerin kontrolü ve verimlilik problemleri olarak belirtiliyordu (Whitehead, 1997).

#### İsveç'te Sağlık Reformları, Bir Yerelleştirme Öyküsü

1982'de çıkarılan ve il yönetimlerini sağlık hizmeti sunumunun yanı sıra finansal ve politik sorumluluklarla da yükümlü kılan "Sağlık ve Tıbbi Servisler Yasası" ile yerelleştirme uygulamaları hız kazandı. 1985'teki reform (Dagmar Reform) ile kamu ve özel ayaktan tedavi hizmetlerinin maliyeti ile ilgili sorumluluk İsveç sosyal sigorta kurumundan il yönetimlerine devredildi. Böylelikle il yönetimlerinin planlama kapasiteleri güçlendirildi, il yönetimleri kamu ve özel sağlık kuruluşlarını içeren yıllık bütçeleri planlayabilir hale geldi. Doksanlı yıllar boyunca

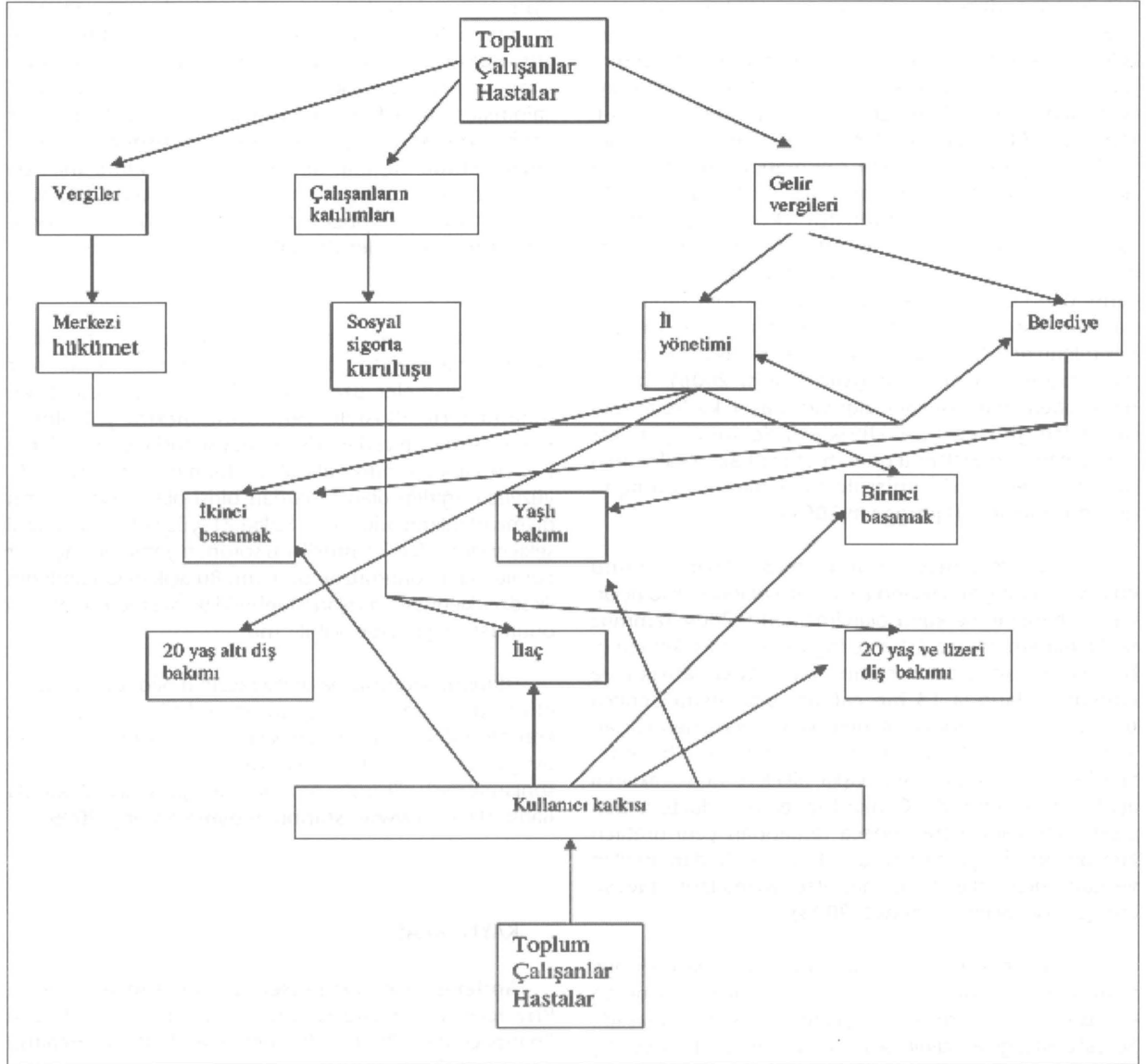
gerçekleştirilen reformlar içinde en önemli yapısal reform olan 1992 ADEL reformunun amacı yaşlıların ve engellilerin uzun erimli bakımlarıyla ilgili sorumlulukların il yönetimlerinden yerel belediyelere aktarılmasıydı. 1995'teki ruh sağlığı reformu psikiyatrik hastaların yaşam kalitesini geliştirmeyi amaçlıyordu. Bu hastalar hastanedeki tıbbi tedavilerini tamamladıktan sonraki bakımlarının sorumluluğu belediyelere veriliyordu. 1997'de sağlık bakımında önceliklerle ilgili yasaya yapılan eklemeler ile daha çok gereksinimi olan hastalara öncelik verilmesi öngörüldü. 1998'de yapılan ilaç reformu ile il yönetimleri reçete edilen ilaçların maliyetinden tümüyle sorumlu hale getirildi (Glennard, 2005).

1992'de "Ulusal Tedavi Güvence'si" seçilmiş 12 hastanede uzun bekleme sürelerini azaltmayı amaçladı. Buldukları il yönetimi içerisinde bekleme süresi 3 ayı geçen hastalara dış merkezlere başvuru yapabilme hakkı tanındı. 1997'de "Ulusal Tedavi Güvencesi" sisteminde birinci basamak ve uzman hekim başvurularıyla ilgili yeni düzenlemelere gidildi. Kasım 2005'te tamamlanan yeni düzenlemelerin temellendiği "0-7-90-90" kuralı şu anlama geliyordu: Sağlık sistemi ile hemen temas kurabilme (0 gecikme), genel pratişyene 7 gün içerisinde başvurabilme, uzmana 90 gün içerisinde konsulte edilebilme, tanı ve tedavi için 90 günden daha fazla bekleme (Glennard, 2005).

1997'de "Ulusal İlaç Ödeneği Planı" ile hastaların ilaçlar için ödedikleri katılım payları tıbbi tedavi ücretinin üst sınırından ayrı olarak düzenlendi. Vizite ücretleri ile ilgili en önemli reform 1999 "Diş Bakım Reformu" ile gerçekleştirilen sabit ve değişken sübvansiyonlara ilgili uygulamalar oldu. Reformu takip eden ilk yılda hastalar vizite ücretlerindeki ortalama %18'lik artışı karşılamak zorunda bırakıldılar (Glennard, 2005).

Şekilde İsveç sağlık sisteminde finansal akış şeması ile reformlar sonrası oluşan durum gözlenmektedir (Glennard, 2005).

Şekil. İsveç sağlık sisteminde finansal akış



Kaynak: Glennard, 2005

#### Kazananlar ve Kaybedenler Kimler ?

1990'lı yıllar boyunca süren sağlık reformları ülkeler, toplumsal gruplar ve bireyler arasında kazananlar ve kaybedenler yaratarak sonuçlandı (Martin, 2004). Sağlığı temelde vergi ile finanse eden İsveç'te toplanan kaynağın ihtiyaçlara göre dağıtılması öngörülmesine karşın, il yönetimlerinin ihtiyaçları eşit olmadığından, kaynaklar merkezi hükümet tarafından yeniden dağıtılıyor. Bu dağıtımı düzenleyen mekanizmalarda yapılan değişikliklere rağmen kazanan ve kaybeden bölgeler arasındaki gerilim politik tartışmalara konu olmayı sürdürüyor (Glennard, 2005).

1997'de il yönetimlerine, ilaç şirketlerinden, yatan hastalar için ilaç satın alma hakkı tanındı. Her il

yönetiminde ilaçla ilgili olarak görevli en az bir komite oluşturulması için gerekli yasal düzenlemelere gidildi. 1998'deki ilaç reformu ile ilaç komiteleri tüm il yönetimlerinde oluşturuldu. Ekim 2002'de "İlaç Ödeneği Kurulu" oluşturuldu. Bu kurum ilaçların sübvansiyon edilip edilmeyeceğini belirlemekle sorumlu kılındı. Ayrıca bu kurum yazılan ilaçların sübvansiyonlarını kısıtlamak ve ilacı eşdeğer jenerik ilaç ile değiştirebilmek yetkisine de sahip oldu (Glennard, 2005).

2002'deki yeni Dış Bakım Reformu ile 64 yaş üzerindeki hastaları yüksek ücretlerden korumayı amaçlayan bir tasarı hazırlanmasına karşın, dış bakım hizmetleri hala pahalı ve harcamaların %60'ı doğrudan hastalar tarafından karşılanmaya devam ediyor (Glennard, 2005).

Kimi çalışmalar hekimlerin bazı reformları olumlu karşıladığına işaret etseler de, hizmet kullanıcılar bakımından durumun bunun tersi olduğuna işaret edilmektedir. Sağlık çalışanlarının performans dayalı ödeme sisteminin etkinlik ve verimliliği arttırdığını düşündükleri, birinci basamak hekimlerinin özelleştirmeyi desteklediklerini belirten araştırma sonuçları mevcuttur. (Quaye, 2001; Quaye, 1997) Stockholm'de çalışan hekimlerle yapılan bir izlem çalışmasında performans dayalı ödemenin etkinliği arttırdığı ve hastanede kalış süresini kısalttığı bulunmuştur (Forsberg, 2000). Hekimlerin ilaç ödenek reformu hakkındaki görüşlerini araştıran bir çalışmanın sonuçlarına göre hekimlerin yarısından çoğu eşdeğer ilaç uygulamasının toplum parasını koruyacağını düşünmektedir, diğer yandan hekimlerin üçte biri uygulamanın bazı hastalarında soruna yol açtığını belirtmişlerdir (Andersson, 2006). Taniya dayalı ödemenin hastaların algısında bakım kalitesini nasıl değiştirdiğini cerrahi kliniklerinde inceleyen bir araştırmanın sonuçlarına göre, hastalar bakım kalitesinin özellikle hekimlerin ilgisi ile ilgili olarak azaldığını düşünmektedirler (Ljunggren, 2001).

Bilimsel makaleler dışında reformların yönünü etkileyen basınçlar hakkında açıklayıcı olabilecek ip uçları gazete haberlerine konu olabilmektedir. 2004 Temmuz tarihli haberde; İsveç Astra ve İngiliz Zeneca şirketlerinin birleşmesi sonucu kurulan, İsveç'teki fabrika ve laboratuvarlarında 13 bin çalışanı olan Astra Zeneca temsilcilerinin, il yönetimlerinin kendi ürettikleri ilaçları yazmalarını doktorlara tavsiye etmemeleri halinde, fabrikanın bazı ünitelerini başka ülkelere taşıyacaklarını açıkladığı belirtiliyordu. Çünkü il yönetimleri doktorlardan ülserli hastalara Astra Zeneca tarafından yeni üretilen Nexium adlı ilaç yerine yine aynı firma tarafından üretilen ve daha ucuz olan Losec adlı ilacı yazmalarını tavsiye etmişti. (www.evrensel.net, 2004).

Tüm bu reformların sonunda 2006 yılına gelindiği vakit Smith'in ünlü elinin icraatlarının halen bitmemiş olduğu genel seçimler sonuçlandıktan sonra anlaşıldı. Sosyal devlet geleneğinin beşinci sayılan ülkelerden İsveç'te, ülkenin parlamenter demokrasiye geçtikten sonraki 89 yıllık tarihinde 10 yıl dışında hep iktidarda olan Sosyal Demokratlar 2006 Eylül'ünde yapılan seçimleri kaybetti (www.ntvmsnbc.com (a), 2006).

Genel seçimleri kazanan sağ ittifakın hazırladığı bütçeden zararlı çıkanlar hastalar ve işsizler oldu. Düzenlemelere göre, işsizler, iş kotasından en fazla 300 gün boyunca ödenti alabilecekler. İşsizlere yapılacak ödenti, 200 günden sonra yüzde 80'den yüzde 70'e düşürülecek. Hastalık kotasından hastalara ödenen ödenti de yüzde 10 oranında azaltılarak yüzde 70'e düşürüldü. Sendikali çalışanlar da, sendika üyesi işçi ve memurların sendika aidatlarının vergiden düşülmesi uygulamasının kaldırılması ile kendi paylarına düşeni almış oldular. Diğer yandan 2007 yılında özellikle yüksek gelirli olanların ödedikleri vergilerin azaltılması, servet vergisinin kademeli olarak kaldırılması öngörülmüyor. Ayrıca kar eden kurumları

satmayı düşünen hükümet 50 milyar Kronluk özelleştirme planlıyor. (www.evrensel.net (a), 2006) Yeni hükümet aynı zamanda yabancı iş göçü için hazırlanan yasa önerisinin 2007'nin başında parlamentoya sunulacağını, yürürlükte olan iş yasasına göre işe alma ve işten çıkarmalarda söz hakkı olan sendikaların bu haklarının kaldırılacağını, istihdam konusunda işverenlerin karar vermesi gerektiğini açıkladı (www.ntvmsnbc.com (b), 2006). Bütün bu olup bitenlerden memnun olanlar da görüşlerini dile getiriyorlardı. Sermaye Piyasaları Başkanı "İsveç'in küresel rekabette yerini alması doğaldır" diyordu (www.evrensel.net (b), 2006).

### Nereye ?

Halk sağlığı tarihi, tekil ülke örneklerinde özgül kimi farklılıklarla birlikte çoğu birbirine benzer yönelimler içeren gelişmeler üzerinden, dünyayı küreselleştiren dinamiklerin etkisiyle yeni dönemlerini yol alıyor. Küreselleşme ile yerlerinden oynayan taşlar yeni yerlerini 21. yüzyıl içerisinde bulacaklar. Tarihin santracında 20. yüzyılda ağırlığı olan taşlardan birisi olarak işçi tulumu giymiş olanların oğulları ve kızları 21. yüzyılda oyunu nasıl şekillendirecekler? Şimdilik bu sorunun yanıtı ucu açık bir cümle olarak önümüzde duruyor. Bu açık uçlu cümlemin ilk sözcüklerinden bazıları İstanbul'daki İsveç konsolosluğu önünden duyuluyor olabilir mi?

İstanbul bağımsız basın merkezinin bildirdiğine göre, ellerinde kara kızıl bayraklar olduğu halde İsveç konsolosluğu önüne kadar sloganlar eşliğinde yürüyen bir grup burada yaptıkları basın açıklamasını şu sözcüklerle sonlandırmıştı : "Uluslar Arasında Savaşa, Sınıflar Arasında Barışa Hayır!" (www.istanbul.indymedia.org, 2006).

### KAYNAKLAR

Andersson K, Jorgensen T, Carlsten A. (2006), Physicians' opinions and experiences of the Pharmaceutical Benefits Reform, Scand J Public Health., 34(6):654-9.

European Commission (2005) Health in Europe Pocketbooks

Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B. (2000) Effects of performance-based reimbursement in healthcare, Scand J Public Health. 28(2):102-10

Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. (2005). Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Hjertqvist, J. (2002) Meeting the challenges to European healthcare: lessons learned from the 'Stockholm Revolution', Pharmacoeconomics., 20 Suppl 3:47-53.

**Ljunggren B, Sjoden PO.** (2001), Patient reported quality of care before vs. after the implementation of a diagnosis related groups (DRG) classification and payment system in one Swedish county, *Scand J Caring Sci.*, 15(4): 283-94.

**Martin MK.**(2004) Winners and losers: the consequences of transition for health, in Josep F, Martin MK, Jennifer C, Suszy L. Health systems in transition: learning from experience, European Observatory on Health Systems and Policies

**Quaye RK.** (1997), Swedish physicians' perspectives on the introduction of the Stockholm model, *J Manag Med.*, 11(4):246-55.

**Quaye RK.** (2001) Internal market systems in Sweden: seven years after the Stockholm model. *Eur J Public Health.*, 11(4):380-5

**Pol D.V, Harrie D., Patrick V.S.** (2004) Unhealthy European Health Policy *International Journal of Health Services*, (34)2:255-69

**Stambolovic, V.** (2003) Epidemic of health care reforms, *Eur J Public Health.*, 13(1):77-9

**Westerlund LT, Bjork HT.** (2006), Pharmaceutical care in community pharmacies: practice and research in Sweden, *Ann Pharmacother.*, 40(6):1162-9.

**Whitehead M., Rolf Å.G, Finn D.** (1997) Why is

Sweden rethinking its NHS style reforms? *BMJ*, 315:935-939

**www.evrensel.net**, (2004). (Ulaşım Tarihi: 25.12.2006) Kuseyri M., İlaç şirketinden hükümete tehdit, <http://www.evrensel.net/04/07/23/ekonomi.html#3>

**www.evrensel.net (a)**, (2006) (Ulaşım Tarihi: 25.12.2006) Kuseyri M., İsveç'te yeni bütçe, <http://www.evrensel.net/06/10/18/dunya.html#3>

**www.evrensel.net (b)** (2006) (Ulaşım Tarihi: 25.12.2006) Sağcı hükümet hızlı başlayacak!, <http://www.evrensel.net/06/09/20/dunya.html#3>

**www.istanbul.indymedia.org**, (2006) (Ulaşım Tarihi: 25.12.2006) İstanbul bağımsız basın merkezi, İsveçli işçilerle dayanışma, <http://istanbul.indymedia.org/news/2006/11/156428.php>

**www.ntvmsnbc.com(a)** (2006) (Ulaşım Tarihi: 25.12.2006), İsveç'te seçimin galibi sağ blok, <http://www.ntvmsnbc.com/news/385212.asp>

**www.ntvmsnbc.com(b)**, (2006) (Ulaşım Tarihi: 25.12.2006) İkiz O., İsveç yabancı iş göçüne açılıyor, <http://www.ntvmsnbc.com/news/392842.asp>

**www.oecd.org** (2006) (Ulaşım Tarihi : 29.12.2006)

**WHO** (2006) The World Health Report