

# AVUSTURYA SAğLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Arif ARAS

Atif UZUN

Can KOSANOğLU

Mustafa BAKIR

M. Halil ÖZKAN

A. ERDAL SARGUTAN

**AVUSTURYA SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	362
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	365
I.1. Coğrafya	365
I.2. Tarihçe	365
I.3. Sosyal Yapı	367
I.4. İdari Yapı	368
I.5. Ekonomi	368
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	371
II.1. Sağlık Sistemi'nin Ve Sosyal Güvence Sisteminin Tarihsel Gelişimi	371
II.2. Sağlık Ve Hastalık Yapısı	372
II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	373
II.3.1. Federal Düzey	375
II.3.1.1. Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı	375
II.3.1.2. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları	378
II.3.2. Eyalet Ve Yerel Yönetim Düzeyi	379
II.4. Sağlık Hizmetleri	380
II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri	380
II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri	380
II.4.3. Halk Sağlığı Hizmetleri	381
II.5. Sosyal Sigorta Kuruluşları	381
II.5.1. Sosyal Sigorta	383
II.5.1.1. Sağlık Sigortası	384
II.5.1.2. İş Kazası Sigortası	384
II.5.1.3. Emeklilik Sigortası	384
II.5.1.4. İşsizlik Sigortası	384
II.5.2. Ön Koşulsuz Sosyal Faydalar	385
II.5.2.1. Aile Yardımı Ve Çocuk Yardımı	385
II.5.2.2. Çocuk Bakım Yardımı	385
II.5.2.3. Uzun Dönemli Bakım Yardımı	385
II.5.3. Gelir Durumuna Göre Belirlenen Faydalar	386
II.5.4. Devlet Memurlarına Özel Düzenlemeler	386
II.5.5. Gazı Ve Mağdurlara Yönelik Faydalar	387
II.5.6. İş Yarasası İle Korunanlar	387
II.5.7. Bazı Meslek Gruplarının Ek Sigortaları	387
II.6. Sosyal Hizmetler	387
II.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı	388
II.7.1. Sağlık Harcamaları	388
II.7.2. Sosyal Sağlık Sigortası	388
II.7.3. Merkezi Hükümet, Eyalet Yönetimleri Ve Yerel Yönetimler	389
II.7.4. Özel Harcamalar	389
II.7.4.1. Kişisel Ödemeler	389
II.7.4.2. Özel Sağlık Sigortası	390
II.8. Sağlık İnsangücü	390
II.9. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi	391
II.10. Bilimsel Araştırmalar Ve Tıbbi Teknoloji	393
<b>III. AVUSTURYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	394
<b>KAYNAKLAR</b>	397

## ÖZET

Köklü bir devlet geleneği geçmişi bulunan, yaklaşık 8 milyon nüfusa sahip Avusturya'nın sağlık hizmetleri de köklü bir geçmişe sahiptir. Avusturya'da sosyal sigorta ve sağlık sisteminin temelleri Orta Çağ'ın sonlarında atılmıştır. Bu geçmiş üzerine kurulan ve günümüze kadar büyük gelişmeler kaydederek gelen Avusturya sağlık sistemi, bugün dünyada en iyi örgütlenmiş ve en iyi işleyen sağlık sistemlerinden birisidir. Avusturya beklenen yaşam süresinin yüksekliği ve doğum oranı düşüklüğüyle nüfusu yaşlanan bir ülkedir. Ülkede bebek ölüm oranı, bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı gibi oranlar oldukça düşüktür.

Avusturya federal bir devlet olduğu için sağlık sistemi de bu federal yapıya uygun bir şekilde örgütlenmiştir. Ülkede salt sağlık hizmetlerini yürüten bir Sağlık Bakanlığı bulunmamaktadır. Sağlık hizmetleri, sosyal güvence sistemi içerisinde düşünülmüş ve bu şekilde örgütlenmiştir.

Sağlık sistemi içerisinde en önemli kuruluş Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'dır. Bakanlık sağlık politikalarının geliştirilmesinden, meclise sunulacak yasa tasarılarının hazırlanmasından, sosyal sigorta kuruluşlarının denetiminden ve gözetiminden birinci elden sorumluyken eyaletlere devredilen ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinden, sağlık profesyonellerinin eğitiminden ve temsilinden, yerel yönetimlerce verilen halk sağlığı hizmetlerinden ikinci elden sorumludur. Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı bünyesinde kurulmuş olan alt kuruluşlar ilaç fiyatlarının belirlenmesi, sağlık politika ve planlarının geliştirilmesi, eyaletlerdeki hastahane sisteminin denetlenmesi, sağlık profesyonelleri ve sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık hizmetlerinin kalite standartlarının geliştirilmesi gibi konularda çalışır.

Sosyal güvence hizmetlerinin yönetiminden ve uzun dönemli bakım hizmetlerinden sorumlu olan bakanlık Federal Sosyal Güvence, Nesiller Ve Tüketicuyu Koruma Bakanlığı'dır. Bu bakanlık, federal düzeyde sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerini örgütlemekte ve sunulmasını sağlamaktadır. Her eyalette sağlık hizmetlerini yönetmek ve denetlemek amacıyla bu bakanlığa bağlı bir Sağlık Sekreteryası bulunmaktadır.

Federal Eğitim Bilim Ve Kültür Bakanlığı tıp üniversitelerindeki sağlık profesyonellerinin eğitiminden, Federal Maliye Bakanlığı, Sağlıkli Avusturya Fonu aracılığıyla hastahane bütçeleri, sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetlerinin finansmanından sorumludur. Finansal Piyasa Otoritesi özel sağlık sigortalarının denetiminden, Federal Adalet ve Federal Savunma Bakanlıkları ise kendi sağlık kuruluşları ve hastahanelerinden sorumlu olarak sağlık sistemi içinde rol oynamaktadır.

Avusturya'da Federal Hükümet halk sağlığı hizmetleri yönetimi görevlerini eyaletlere bırakmıştır. Hastahanelerde yönetim, yöneticilerden oluşmuş bir heyet tarafından yürütülmektedir. Bu heyet genellikle biri doktorları, biri hemşirelik personelini, biri de yönetim kadrosunu temsil eden üç üyeden oluşmaktadır.

Avusturya'da "sosyal sağlık sigortası" ve "sosyal sağlık güvenliği" eş zamanlı olarak yürütülmektedir. Öncelikle, ekonomik olarak aktif nüfus ve bunların bağımlıları belirli bir prim karşılığında ülkedeki 24 sosyal sigorta kuruluşunca kapsamaktadır. Bu 24 kuruluş, şemsiye örgüt olan Avusturya Sosyal Sigortalar Birliği Federasyonu altında toplanmışlardır.

Sigorta kapsamında çeşitli faydalar ve sağlık hizmetleri sağlanmaktadır. Sosyal sigorta kuruluşları sağlık hizmetlerinin sunumunu doğrudan kendileri değil, anlaşmalı oldukları doktorlar ve sağlık kuruluşlarınca sunmaktadır. Herhangi bir sosyal sigorta kuruluşunca kapsamayan nüfus ise aile faydaları, uzun dönemli bakım faydası gibi faydaların yanında sağlık hizmetlerini de her hangi bir prim ya da ücret aranmaksızın federal hükümet ve eyaletlerden almaktadırlar.

Avusturya'da sosyal sigorta faydaları ve bu kapsamda sağlık hizmetleri devlet tarafından gözetilmektedir.

Eyalet düzeyinde sağlık hizmetlerine ilişkin düzenlemelerden eyaletteki sağlık unsurları sorumludur.

Ülkedeki birincil sağlık hizmetleri çoğunlukla genel pratisyenlerin bireysel muayeneleri aracılığıyla verilmektedir. Eyaletlerin sorumluluğunda olan halk sağlığı hizmetleri çoğunlukla yerel yönetimlere devredilmiştir. Halk sağlığı hizmetleri arasında bulaşıcı hastalıklar ve salgınların önlenmesi, çevre sağlığı hizmetleri, aşılama hizmetleri gibi hizmetler bulunmaktadır. Bu hizmetlerin sunumunda ayakta tedavi klinikleri ile genel ve uzman kamu hastahanelerinin ayakta tedavi bölümleri de rol oynamaktadır. Bu genel pratisyenler diğer tüm doktorlar gibi eyaletlerindeki Tıbbi Odalara kayıt olmak zorundadır. Tıbbi Odalarının temel işlevi sağlık profesyonelleri ile sigorta kuruluşları arasında yapılacak anlaşmalarda sağlık profesyonellerini temsil etmektir. Doktorların birçoğunun sigorta kuruluşları ile anlaşması vardır. Birincil sağlık hizmetleri düzeyinde doktorlar verdikleri hizmetin bedelini doğrudan hizmet verdikleri kişiden değil, kişinin bağlı bulunduğu sigorta kuruluşundan almaktadırlar. Ancak kişi kendi sigorta kuruluşu ile anlaşması olmayan bir doktora hizmet aldığı anda hizmet bedelini kendisi kişisel doğrudan ödeme (cepken ödeme) ile ödemektedir.

İkincil sağlık hizmetleri eyaletlerdeki Eyalet Sağlık Fonları ile finanse edilmektedir. Eyalet yönetimleri Ulusal Meclis'te kabul edilen sağlıkla ilgili yasaları kendi eyaletlerinde uygulanacak şekilde düzenlemekten, kendi bölgesinde yataklı tedavi hizmetleri sunacak olan kuruluşlarındaki gerekli alt yapının kurulmasından sorumludurlar.

Sigorta kuruluşları ikincil sağlık hizmetleri, dış tedavisi ve ilaçlar konusunda hizmet bedelinin tamamını karşılamamaktadır. Sigortalı bireyler bu hizmetlerde katılım payı ile maliyetlere katılmaktadırlar. Ancak kronik hastalar, sosyal korumaya muhtaç olan kişiler ilaçlarda ve birçok alanda maliyetlere katılım payından muaf tutulmuşlardır. Eyaletler ve yerel yönetimler uzun dönemli bakım hizmetlerinden ve sosyal yardımlardan da sorumludur.

Avusturya'da sağlık hizmetlerinin hem arzının hem de talebinin finansmanında kamu sektörü ve özel sektör birlikte yer almaktadır.

Her eyalet bölgesel bir sağlık sigortası fonuna sahiptir. Ülkedeki sağlık hizmetleri talebinin finansmanının yaklaşık yarısı sosyal sigorta kuruluşlarının fonlarınca, dörtte biri federal bütçe ve eyalet bütçesinden, dörtte biri de doğrudan ve diğer dolaylı kişisel ödemelerle karşılanmıştır.

Avusturya'nın sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı sosyal sigortadan, beşte biri genel vergilerden, yüzde 25'ten fazla bir kısmı ise kişilerin doğrudan ödemelerinden karşılanmaktadır.

Sigortalı kişinin ve bağımlılarının sağlık harcamaları sigorta primleri ve katılım paylarına dayanmamaktadır. Prim miktarı kişinin kazancına göre yıllık olarak Nationalrat (üst meclis) tarafından belirlenmektedir. Çalışanların katılım payının yarısı kendilerince yarısı işverenlerince ödenmektedir. Toplanan prim ve katılım payları Sağlık Sigortası Fonu'nca yönetilmekte, ülke sağlık harcamalarının %45'ini karşılamakta ve uzun süredir açık vermektedir.

Tüm bu özellikleri göz önüne alındığında Avusturya'da iyi işlemekte olan bir sosyal sigorta sistemine sahip Refah Yönelimli / Sigorta tipinde sağlık sistemi vardır denilebilir.

A. ERDAL

SARGUTAN

# AVUSTURYA SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

RESMİ ADI	: Avusturya Cumhuriyeti (1:105)
YÜZÖLÇÜMÜ	: 83.857 km <sup>2</sup>
BAŞKENTİ	: Viyana
NÜFUSU	: 8.192.880
DİLİ	: Almanca
DİN	: Çoğunlukla Katolik Hristiyan
PARA BİRİMİ	: Euro (2:1)

### I.1. Coğrafya

Ülkenin batısında Liechtenstein ve İsviçre, kuzeybatısında Almanya, kuzeyinde Çek Cumhuriyeti, kuzeydoğusunda Slovakya, doğusunda Macaristan, güneydoğusunda Slovenya ve güneybatısında İtalya bulunmaktadır.

Avusturya'nın genel görünümünde dağlar ve ormanlar belirleyicidir. Alpler'in Avusturya sınırı içerisindeki en yüksek tepesi batıda yükselen Grossglockner'dir (3.797 m). Avusturya Alpleri, kuzey ve güney sıradağları olmak üzere ikiye ayrılabilir. Ülkenin fiziksel belkemiğini oluşturan bu dağ kütlelerinin kuzeyinde, Kuzey Alpler ile Tuna arasında tepelik bir Alp altı kuşağı yer alır.

Avusturya bir göller ülkesidir. Kısmen komşu ülkelerin sınırları içinde kalan batıdaki Konstanz Gölü ve doğudaki Neusiedl Gölü bu göllerin en büyükleridir.

Avusturya'nın nemli batı bölgeleri Atlantik İklimi'nin etkisi altındadır. Bu kesimlerde yıllık yağış miktarı 1.000 milimetre civarındadır. Alçak bölgelerde ve tepelik doğu bölgelerinde Ocak ayı sıcaklık ortalaması -1 derece, Temmuz ayı sıcaklık ortalaması ise 20 derecedir. Yüksekliğin 3.000 metreyi geçtiği yerlerde sıcaklık -11 derece ile 21 derece arasında değişmektedir.

Toplam ülke alanının üçte ikisi orman ve çayırarla kaplıdır. Avusturya Orta Avrupa'nın en ormanlık ülkesidir (1:105).

### I.2. Tarihçe

Bugünkü Avusturya topraklarında insan yerleşimine ait ilk izler Alt Paleolitik Çağ'a kadar uzanmaktadır. Bölgenin zengin demir yataklarına ve stratejik konumuna ilgi duyan Romalılar M.Ö. XV. Yüzyıl'da Tuna'ya kadar olan toprakları ele geçirdiler. Hunlar'ın ve Doğu Germanler'in V. Yüzyıl'daki saldırıları sonucunda Tuna boyundaki Roma Savunma sistemi çöktü.

Avusturya siyasal tarihinde 900–1250 arası, özellikle Babenbergler'in topraklarını genişlettikleri ve egemenliklerini pekiştirdikleri bir dönem oldu. Toprakları üstünde dindışı güçlerin egemenlik kurmasına izin vermeyen Salzburg Başpiskoposluğu'nun dışında, Babenbergler gibi Karnten ve Tirol dükükleri de topraklarını genişletme ve güçlerini sağlamlaştırma olanağı bulmuşlardı.

Dönemin ikinci özelliği Avusturya toprakları üstünde yerleşimin tamamlanmasıydı. Ormanlar ve dağlar yerleşime açılmış, yeni yerleşmelerin bir bölümü pazar merkezlerine ve kentlere dönüşmüştü. Germenlerin genel nüfus içindeki oranı yükselmiş, Slavların bir bölümü ile Salzburg ve Tirol çevresindeki Romalı nüfus, Germen kökenli halklar içinde erimişti.

Avusturya'nın bugünkü sınırlarını oluşturan topraklar ilk kez geç ortaçağda ve Habsburglar tarafından bir krallık yönetimi altında birleştirildi. Zaman zaman aile içi bölünmelerle sarsılan bu birlik döneminde kentler gelişip zenginleşti. Buna karşılık daha verimli gelir kaynakları bulan üst sınıfların desteğinden yoksun kalan kırsal yerleşim alanları geriledi. Madencilik gelişti, ama ticaret siyasal istikrarsızlıktan zarar gördü.

Bohemya ve Macaristan'ı Avusturya'yla birleştirmek Habsburglar'ın başlıca siyasal amacı haline geldi. Osmanlılar 1529'da Viyana'yı kuşattı ancak başarısız oldular. Yüzyılın ortalarına gelindiğinde, Macaristan toprakları üç bölüme ayrıldı: Batı ve kuzey kesimler Habsburglar'ın, iç kesimler Osmanlılar'ın, Erdel ve çevresi Janos Zapolya'nın eline geçti.

Ülkenin yıkılıp yıkılmasına ve nüfus kaybına yol açan Din Savaşları'nın ve Osmanlılar'la savaşların yanı sıra, bu dönemde 1679 ve 1713 veba salgınları yaşandı. Osmanlılar'dan alınan topraklara sistemli bir biçimde Almanları ve öbür göçmenleri yerleştirmeye yönelik iskân politikaları özellikle Güney Macaristan'da uygulandı. Mezhep kavgaları sırasında ülke dışına sürülen Protestanlar, 18. Yüzyılda imparatorluğun seyrek nüfuslu yörelerine yerleşmeye zorlandı. Sanayi ve ticarete markantist eğilimler desteklendi. Köylülerin durumunda bir düzelme olmadı.

Mart 1848'de Fransa'daki devrimin başarı haberi duyulur duyulmaz, olaylar Avusturya'ya da sıçradı. Viyana'da üniversiteli gençlerin ardından halk da özgürlük için sokaklara döküldü. Ordunun müdahalesi üzerine kanlı olaylar baş gösterdi. Metternich'in istifası isteniyordu. İmparator bu isteği derhal kabul ettiyse de, devrim İmparatorluk topraklarına yayıldı. Hemen Almanya'nın tümünü temsil edecek ve birliği sağlayacak bir ulusal meclis toplanması için hazırlıklara girişildi. Ancak Avusturya'nın ayrı bir anayasasının ve ayrı bir yönetiminin olmasına karar verildi. Eylül'de Avusturya İmparatorluk orduları Macaristan'a girdi. Macar orduları teslim oldu. Avusturya Maria Theresia öncesindeki rejimine dönmüştü.

Almanya'daki Nasyonal Sosyalistlerden önemli maddi destek alan Avusturya'daki Naziler, 1932 eyalet seçimlerinde muhafazakâr oyların bir bölümünü ele geçirdikten sonra genel seçimlere gidilmesini istediler. Seçimlerin ardından Doufuss'un kurduğu Hristiyan Sosyal Parti hükümeti tek oyluk bir çoğunluğa sahipti ve icraat konusunda güvenceden yoksundu. Almanya'da artık Adolf Hitler iktidardaydı. Hitler 12 Mart'ta ordularının başında Avusturya'ya girdi. 13 Mart'ta Hitler'in Avusturya'yı ilhak etmesi planı olan Anschluss ilan edildi. Fransa ve İngiltere bu oldubittiye değil, yalnızca uygulanış biçimine itiraz ettiklerini açıkladılar. 10 Nisan'da Almanya'yla birleşme konusunda yapılan halk oylamasında oyların yüzde %99'si Hitler'den yana çıktı. II. Dünya Savaşı'nın patlak vermesi üzerine Müttefikler'in Anschluss konusundaki tutumları da değişti.



Stalin'in önerisi üzerine Ekim 1943'de Moskova'da toplanan İngiltere, ABD ve SSCB Dış İşleri Bakanları Avusturya'nın Almanya'yla birleşmesinin geçersiz olduğunu açıkladılar.

Avusturya 1945–1952 arasında ciddi bir ekonomik kargaşa yaşadı. Ekonomi Birleşmiş Milletler Yardım Ve Rehabilitasyon İdaresi ve 1948 sonrasında ABD'nin Marshall Planı yardımlarıyla ayakta kalabildi. Viyana'da 15 Mayıs 1955'de imzalanan Avusturya Devlet Antlaşması'yla işgal kuvvetleri egemen, bağımsız ve demokratik bir devlet olarak ilan edilen Avusturya'nın 1938 öncesindeki sınırlarını tanıdılar. Avusturya'nın 1989'da tam üyelik için Avrupa Topluluğu'na yaptığı başvuru, tarafsızlık statüsü ve Almanya'yla yakınlaşma nedeniyle uzun süre tartışma konusu oldu. Hükümetin tarafsızlığa ilişkin bazı hükümleri tek taraflı olarak kaldırmasının ardından, 1994'de bu başvuru Avrupa Parlamentosu tarafından kabul edildi ve ülkede yapılan referandumla kesinleşti (1:109–123).

### 1.3. Sosyal Yapı

Avusturya dağlık yapısına karşın kentleşme düzeyinin son derece yüksek olduğu bir ülkedir. Halkın yaklaşık yarısı nüfusu 10.000'in üzerinde olan kent ve kasabalarda, beşte biri de Viyana'da yaşamaktadır. Avusturya'nın ikinci büyük kenti Graz Balkanlara açılan bir giriş kapısıdır. Linz önemli bir sanayi merkezidir. Salzburg müzik kültürü ve barok yapılar bakımından Avrupa'nın en önemli kentlerinden birisidir (1:105).

Avusturya homojen bir nüfusa sahiptir ve nüfusun %92'sinin ana dili Almanca'dır. İki dikkat çekici azınlık grup vardır. Bunlar Karnten'deki 18.000 kişilik grup olan Slovenyalılar ve 19.400 kişi civarında olan Burgenland'daki Macarlar'dır. Daha çok Viyana'da yaşayan Çekler, Slovaklar ve Türkler de ülkedeki başlıca etnik ve dinsel azınlığı oluşturur (1:106).

Şu anki Avusturya sınırları 1919 yılında Almanya Anlaşmasına göre belirlenmiştir. Tarihte Avrupa'nın ikinci büyük devleti olan Habsburg Hanedanlığı'nın merkezindedir. Bazı Avusturyalılar özellikle Viyana yakınlarındakiler Çek Cumhuriyeti, Slovakya ve Macaristan ile akrabadır. Avusturyalıların yaklaşık %74'ü Roma Katolik Kilisesi'ne bağlıdır. Kilise politik hayattan uzaktır. Viyana, Karnten ve Burgenland'da bulunan küçük bir Luteryan grup da vardır (2:2).

Avusturya eşi görülmemiş hızda bir nüfus artışına sahne olmuştur. 1990'lı yılların ortalarında yarım milyonluk nüfus artışı yaşanmış ve 2005 yılı itibarıyla nüfusu 8,21 milyona ulaşmıştır. Düşük doğum oranına rağmen böyle bir artışın meydana gelmesinin nedeni beklenmedik oranda yüksek dış göçlerdir (5:13).

Avusturya'da eğitim 6–15 yaşları arasında zorunludur. Ortaöğretim üniversiteye, yüksek okullara, öğretmen ve ticaret yüksek okullarına hazırlık niteliğindedir. Ülkede köklü bir geçmişi olan 12 üniversite ve 6 güzel sanatlar yüksek okulu vardır.

Avusturya'ya 1955 tarihli Viyana Antlaşması'na göre 50.000 kişilik bir ordu bulundurma olanağı tanınmıştır. 18 ve 50 yaş arasındaki bütün erkekler askerlik yapmakla yükümlüdür. Askerlik süresi sekiz aydır (1:108,109).

#### I.4. İdari Yapı

Avusturya 1929'da bazı değişiklikler yapılan 1920 tarihli Anayasa'sına göre gücünü halktan alan hukuka sahip bir demokratik cumhuriyettir. Federal bir devlet yapısı vardır ve kendi kendini yöneten dokuz eyaletten oluşur. Bu eyaletler Burgenland, Karnten, Aşağı Avusturya, Yukarı Avusturya, Salzburg, Steirmark, Tirol, Vorarlberg ve Viyana'dır.

Dokuz eyaletten her birini bir Valinin başkanlık ettiği hükümetler yönetir. Vali genel oyla seçilmiş bir yasama meclisince seçilir. Yerel yönetimlerde her belediye bir Belediye Başkanı ve bir Kent Meclisi seçer. Hem belediye hem de eyalet olan Viyana'nın durumu farklıdır. Belediye Başkanı aynı zamanda Valilik görevini de yürütür. Avusturya'daki siyasal sistem Almanya'daki parti yapısına yakın bir koşutluk taşır. Bu sistemde egemen konumundaki merkez sağ ve merkez sol partilerinin yanı sıra küçük ama etkili bir liberal parti, çevreci Yeşiller, küçük bir komünist parti ve uçtaki aşırı sağcı bir parti yer alır. 1990'ların ikinci yarısında yükselen yabancı düşmanlığına bağlı olarak sağa doğru kayışın bu yelpazedeki dengeyi bir ölçüde bozduğu söylenebilir (1:108).

Avusturya Devlet Başkanı Meclisi toplantıya çağırır ve sona erdirebilir. İkinci Cumhuriyet Döneminde hiçbir başkan meclisi feshetmemiştir. Başkan parti liderlerini genellikle de büyük partilerin liderlerini hükümeti biçimlendirmek üzere görevlendirir. Federal Şansölye'nin (Başbakan) tavsiyesi üzerine Bakanlar Kurulu'nu atar (2:3).

Federal Meclis iki katmanlıdır. Bunlar Ulusal Meclis (üst meclis) ve Federal Meclis'tir (alt meclis). Yasama gücü Ulusal Meclis'e aittir. Ulusal Meclis Şansölye'nin tavsiyesi üzerine Devlet Başkan'ı tarafından ya da meclis çoğunluğunun kararıyla feshedilebilir. 5 yıllık dönem için 9 eyalet tarafından seçilen 62 üye Federal Meclis'i oluşturur. Federal Meclis Ulusal Meclis'çe çıkarılan yasalar için görüş bildirmektedir ve veto yetkisi yoktur (2:3).

Avusturya Anayasası halkın doğrudan yönetime katılabileceği iki yol tanımlamıştır. Bunlardan biri toplu talep olarak adlandırılan, 200.000 seçmenin herhangi bir yasa önerisinin görüşülmesi için meclise başvurma hakkıdır. İkincisi ise Anayasa'nın tümüyle değiştirilmesi durumunda halk oylaması yapma zorunluluğudur.

Yargı erki yasama ve yürütme organlarından bağımsızdır. Hükümetin yargıçlar üzerinde etkisi yoktur. Yargıçlar adli kurumlarca aday gösterilir ve kabine tarafından göreve atanır. Adli kurulların onayı dışında yargıçlar görevden alınamaz ve nakledilemez (1:108).

#### I.5. Ekonomi

Avusturya yüksek yaşam şartlarına sahip sosyal pazar ekonomisine sahiptir ve devlet önemli bir role sahiptir. Devlet ülkenin birçok büyük şirketini Sovyetler Birliği'nin savaş tazminatından korumak için savaş sonrası dönemde hemen ulusallaştırmıştır. Uzun yıllar boyunca hükümet ve eyalet sahipli bu şirketler Avusturya ekonomisinde önemli rol oynamıştır.

Buna karşın 1990'ların başında eyalet sahipli şirketler özel sektör şirketleri gibi işletilmeye başlamış, hükümet tamamen ya da kısmen bu firmaların büyük bir kısmını özelleştirmiştir. Geçmiş yıllarda hükümetin özelleştirme çalışmalarındaki başarılarla rağmen bazı firmalar halen devlet tarafından işletilmektedir. Avusturya sanayi, bankacılık, ulaşım, hizmetler ve ticari kuruluşlarca gelişmiştir (2:4).

Avusturya güçlü bir işçi hareketine sahiptir. Avusturya Ticaret Birliği Federasyonu ülkedeki toplam ücret geliri ile geçinen kimselerin %40'ı olan 1,4 milyona üyeye sahiptir. Demir ve çelik, kimya gibi büyük sanayi kollarında çok sayıda insan çalışmaktadır.

Avusturya'da tarım diğer Batı Avrupa dağlık ülkelerinde olduğu gibi küçük ve parçalı bir yapıdadır ve üretim göreceli olarak daha pahalıdır. Avusturya 1995 yılında Avrupa Birliği'ne üye olduğundan beri tarım sektörü Avrupa Birliği'nin müşterek tarım politikası uyarınca reform sürecine girmiştir. Avusturyalı çiftçiler ulusal ihtiyacın %80'ini üretmektedir. Tarımın GSMH içindeki payı 1950'den beri düşüş eğilimindedir ve şu anda bu pay %2 civarındadır (2:5).

Ekilebilir toprakların büyük bölümü başta buğday arpa olmak üzere tahıl ürünlerine ayrılmıştır. Ayrıca şeker pancarı, mısır, patates, çavdar ve yulaf da üretilir (1:106).

Avusturya sürdürülebilir ekonomik büyümeyi yakalamıştır. 1950'ler boyunca yıllık büyüme oranı %5'den daha fazla, 1960'larda ise %4,5 civarında olmuştur. 1970'lerin ikinci yarısında %3 olan yıllık ekonomik büyüme, 1980'lerin ilk yarısında %1,5'a kadar gerilemiş ancak 1980'lerin ikinci yarısında tekrar yükselerek %3,2 oranında olmuştur. 2001 ve 2003 yılları arasında II. Dünya Savaşı'ndan sonraki en küçük ekonomik büyüme dönemi yaşanmış ve ekonomi 2002'de %1,4, 2003'de %0,7 büyümüştür. 2004 yılında ihracattaki patlama sonucu tekrar %2 büyüyen ekonomi 2005 yılında %1,8'e büyümüştür (2:5).

2000 yılı verilerine göre ülkenin GSMH'sı 204,5 milyar Amerikan Doları'dır. Kişi başına düşen GSMH ise 25.220 Amerikan Doları'dır.

Para politikası Maliye Bakanlığı ve Avusturya Ulusal Bankası tarafından belirlenir. Bankanın hisselerinin yarısı hükümete yarısı da çeşitli ekonomik kurumlara aittir. Federal vergi gelirlerinin en önemli kaynakları gelir ve kurumlar vergisi ve dolaylı vergilerdir. Bütün satış ve işlemler katma değer vergisi kapsamındadır.

● Avusturya'da üretilen elektrik ve elektronik araç-gereçleri sanayi tesislerinin ihtiyacını büyük ölçüde karşılayabilir.

Avusturya dünyanın önde gelen doğal magnezit üreticisidir. Diğer önemli mineral kaynakları arasında demir, linyit, anhidritli jips, kurşun, çinko, antimon ve doğal gaz sayılabilir. Demir ve çelik ürünleri Avusturya'nın önde gelen ihracat kalemlerini oluşturur. Avusturya'nın kuzeydoğu kesimindeki petrol ve doğal gaz yatakları ülke gereksiniminin ancak bir bölümünü karşılar. Avusturya'nın dış ticaretinde Almanya, İtalya, Japonya, Fransa ve İsviçre ilk sıraları alır (1:106).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

Avusturya'da sağlık hizmeti sunucuları kamu sektörü ve özel sektör sunucuları olarak ayrılabilir. Avusturya'da kamu sağlık hizmeti sunucularının ağırlığı vardır. Özel sektör sağlık hizmeti sunucuları belirli grupların hizmet aldığı özel hastahaneler ve özel sigorta kuruluşları gibi kuruluşlardan oluşmaktadır (14:14).

Avusturya'da sağlık hizmetleri bir kamu hizmeti olarak sunulmaktadır. Yasama sorumluluğu federal bir konu olsa da sağlık sistemindeki tüm işlevler federal düzeyde bir bakanlık olan Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'na ait değildir. Örneğin sağlık hizmetlerinin en büyük ve en önemli kısmı olan hastahane sektöründe genel prensiplere ilişkin yasama sorumluluğu federal hükümetteyken, yasaların uygulanmasının ve hastahane hizmetlerinin sunumundan eyaletler sorumludur.

Avusturya'da 2002 yılında toplam sağlık harcaması GSMİ'nin %7,7'si kadar olmuş ve 16,8 milyar Euro olan toplam sağlık harcamasının 11,74 milyar Euro'luk kısmı kamu sektöründe yapılmıştır (13:51).

Avusturya sağlık sisteminin merkezinde nüfusun %98'ini kapsayan bir sosyal sağlık sigortası bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri maliyetlerindeki büyük artış nedeniyle sosyal sağlık sigortasına sigortalıların ödediği primlerin sağlık harcamalarının tamamını karşılayamamaktadır. Bu yüzden sigortalılar kişisel doğrudan ödemeler de yapmaktadırlar (14:13).

Avusturya'da 24 farklı sosyal sigorta kuruluşu hastalık, annelik, iş kazası, meslek hastalığı, ölüm, işgücü kaybı, işsizlik gibi durumlarda faydalar sağlamaktadır. Sosyal sigorta zorunludur ve her çalışan kazancının bir kısmını sigorta primi olarak yatırmaktadır.

Sigorta kuruluşları Avusturya Sosyal Sigorta Kuruluşları Birliği Federasyonu'na üvedirler. Birliğin temel işlevi sosyal sigorta kuruluşları ile doktorların profesyonel temsilcileri arasındaki anlaşmalarda sigorta kuruluşlarını temsil etmektir.

2002 yılı itibarıyla ülkede 18.409'u hastahanelerde çalışan 36.531 doktor bulunmaktadır. Tüm doktorların %31'i genel pratisyen, %42'si uzman, %11'i diş hekimi, %15'si eğitim almakta olan doktorlardır. Genel pratisyenlerin büyük bir kısmının bir ya da birden fazla sosyal sigorta kuruluşu ile anlaşması mevcuttur.

Genel pratisyenler hastaların sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır. Eğer uzman tedavisi gerekirse hastalar, bir uzmana ya da hastahanelerin ayakta tedavi bölümlerine sevk edilmektedir.

1992 yılında ülkede 323 hastahane ve 79.924 yatak kapasitesi varken, bu rakamlar belirgin bir şekilde düşmüş ve 2002 verilerine göre ülkede 278 hastahane ve 70.377 yatak kapasitesi kalmıştır. Aynı yılda 18.409 hastahane doktoru ve 73.790 hemşire 2,4 milyon hastaya hizmet vermiştir. 1978'den bu yana hastahaneler federal hükümet kaynaklarıyla finanse edilmektedir ve bu kaynakların yönetimini eyalet düzeyinde eyalet hükümetleri üstlenmiştir.

Eyalet fonları sağlık sigortası primleri, yerel vergiler ile bölgesel ve yerel yönetimlerin muhtelif katkılarıyla oluşmaktadır (13:51).

## II.1. Sağlık Sistemi'nin Ve Sosyal Güvence Sistemi'nin Tarihsel Gelişimi

Orta çağın sonlarında kabul edilen Maden Kooperatifleri Yasası Madenciler Birliği Yardım Örgütü olarak anılan en eski sosyal yardım örgütünün kuruluşunu sağlamıştır.

Avusturya'da sağlık sisteminin gelişimi 1867'de Avusturya Macaristan İmparatorluğu'nun sınırları içerisinde kurulan refah devleti ile yakından ilişkilidir. 1867 yılında çıkarılan Birlikler Yasası mesleki birlik temelli fonları oluşturmuştur. Diğer yandan 1868 yılında Çalışanlar İçin Sağlık Ve Sakatlık Yardım Fonu kurulmuştur.

1876'da kurulan Avusturya Macaristan Çalışanları Birliği Sağlık Sakatlık Yardım Örgütü ilk ve tek sağlık sigortası fonları birliği olmuştur (7:14).

Avusturya'da kamu sağlık hizmetleri yasal kökenini bugün halen geçerli olan ve epidemiyoloji ile sağlık alanında devletin temel görevlerinin belirlendiği 1870 tarihli İmparatorluk Sağlık Yasası'ndan almaktadır (7:15).

1887 ve 1888 yıllarında Bismarck'ın sosyal politika modelini temel alan iş kazası ve çalışanlar için sağlık sigortası uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama bugünkü sosyal güvence sisteminin başlangıcı olacaktır (7:16).

XIX. Yüzyıl'ın ikinci yarısında sayısı gittikçe artan bürokratik örgütlerde çalışan ve beyaz yakalılar olarak adlandırılan çalışanların gittikçe artmasıyla ayrı bir sosyal grup oluşmaya başlamıştır. İmparatorluk Meclisine zorunlu emeklilik, sakatlık ve dul sigortasını talep eden iki tasarı sunulmuş ve 1906'da Bazı Kamu Çalışanları Ve Beyaz Yakalılar İçin Emeklilik Sigortası Hakkında Yasa İmparatorluk tarafından resmen kabul edilerek yürürlüğe girmiştir.

1918 yılında Avusturya'da sağlık, emeklilik ve iş kazası sigortası alanında 600'den fazla sigorta kuruluşu faaliyet göstermekteydi. Bu sağlık sigortası fonlarının yüzlercesi mavi yakalılar, beyaz yakalılar, tarım ve ticaret alanında çalışanlar için kurulmuştu (7:17).

Avusturya Macaristan İmparatorluğu'nun yıkılmasından sonra yükselen sosyal ve demokratik hareket sosyal güvence sisteminin gelişmesine sebep olmuştur. Bunun sonucunda 1920'de işsizlik sigortasına geçilmiş, sağlık sigortasının kapsamı sözleşmeyle çalışan herkesi ve onların aile fertlerini de içerecek şekilde genişlemiştir. (7:18)

1933 yılında Madenciler Birliği Yardım Örgütü feshedilmiş ve bu birliğin kaynakları Graz Çalışanlar İçin Kaza Sigortası içerisinde kurulan Madenciler Sigorta Fonu'na aktarılmıştır (7:19).

1932 ve 1933 yıllarında dünya ekonomik krizinin etkileri oldukça hissedilir olmuştur. Yüksek oranda işsizlik ve reel ücret düzeylerinin oldukça düşmesiyle birlikte ekonominin çökmesi sosyal sigorta gelirlerine büyük zararlar vermiştir.

Finansal sorunların giderilmesi amacıyla Serbest Meslek Sahipleri için Sosyal Sigorta Fonu kurulmuş ve emeklilerden zorunlu sağlık sigortası katkısı alınmaya başlamıştır.

1 Ocak 1939'da 1911 tarihli İmparatorluk Sigorta Düzenlemeleri, 1924 tarihli Beyaz Yakalı Çalışanlar İçin Sigorta Yasası, 1926 tarihli İmparatorluk Madencilik Yasası ve 1927 tarihli İstihdam Ajansı Yasası gibi Alman Yasaları Avusturya'da yürürlüğe girmiştir. Beyaz yakalı emekliler için sağlık sigortası ve madencilik sigortası gibi Alman İmparatorluk Yasaları'nda yer almayan düzenlemelerin ise devam edeceği açıklanmıştır.

Meslek gruplarına özel sağlık sigortası örgütleri Nasional Sosyalizm yönetimi boyunca iptal edilmiş ve beyaz yakalılar ile mavi yakalılar için sağlık sigortası fonları da ortadan kaldırılmıştır (7:20).

Savaş politikalarının sosyal sigorta üzerine çok büyük olumsuz etkisi olmamıştır. Örneğin 1932 yılında acil bir karar ile azaltılan emeklilik ve çocuk yardım hakları tekrar eski haline getirilmiş, emeklilik sigortası ve sakatlık sigortasında sağlık sigortasına yer verilmiştir (7:21).

II. Dünya Savaşı'nın sona ermesinden ve Avusturya Cumhuriyeti'nin yeniden yapılanmasından sonra 12 Haziran 1947 tarihinde Sosyal Sigorta Dönüşüm Yasası çıkartılarak sosyal sigortaya dayanan yeni bir örgütsel yapı kurulmuştur. En önemli gelişme ise bağımsız yönetim yapısına sahip olan ve sağlık sigortası, iş kazası sigortası ile emeklilik sigortasını tek bir şemsiye altında toplayan Avusturya Sosyal Sigorta Kuruluşları Federasyonu'nun kurulmasıdır.

Sosyal güvenlik alanında diğer yasal düzenlemeleri uygulamadan kaldıran Genel Sosyal Güvenlik Yasası 1 Ocak 1956'da yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile ticaret, ulaşım, ormancılık, tarım, sanayi ve madencilik alanında çalışan beyaz yakalı ve mavi yakalılar için emeklilik, iş kazası ve sağlık sigortaları birleştirilmiştir. Aynı zamanda emekliler için sağlık sigortası düzenlenmiştir (7:22).

1945'den sonra sigortalı kişi sayısında önemli bir artış olmuştur. 1948'de nüfusun %3'ü sigorta kapsamındayken, 1955'de bu oran %70'e yükselmiştir. 1955'den 1980'e kadar sigorta kapsamındaki nüfusun toplam nüfusa oranı %30'luk bir artış göstermiş ve 1980 yılında %99 oranına ulaşmıştır (7:26).

## II.2. Sağlık Ve Hastalık Yapısı

Avusturya'da beklenen yaşam süresi oldukça yüksektir. 2004 yılı itibariyle bu oran erkeklerde 76,4 yıl, kadınlarda ise 82,1 yıldır. 2030 yılında bu oranların erkekler için 80,2 yıla, kadınlar için ise 85,6 yıla yükselmesi beklenmektedir (5:13).

Bebek ölüm oranı gebe ve yeni doğanlara yönelik Anne-Çocuk Tıbbi Kartı sistemine geçişle hızla düşmüş ve binde 4,5'e gerilemiştir (5:37,38).

Eldeki en son verilere göre 2002 yılı itibariyle 34.984 kişi kanser hastasıdır ve bu oran bir yıl önceki verilere göre %1,3 daha düşüktür. Erkeklerde 100.000'de 89,1'lik yeni vaka sayısı ile en sık görülen kanser türü prostat kanseriyken, kadınlarda 2002 yılı itibariyle 100.000'de 72 ile meme kanseri en sık görülen kanser türüdür (5:27).



Avusturya'da yeni verem vakalarının sayısı sürekli düşmektedir. Ancak yabancı nüfusta Doğu Avrupa bölgesinden gelen göçler nedeniyle 2001 yılında 100.00'de 36,7 olan verem hastası oranı 2004 yılında 100.000'de 63,24'e yükselmiştir (5:28).

2000 yılında Hepatit B hastası sayısı 264 olarak belirlenmiştir. 2003 yılında bu sayı 520'ye, 2004 yılında ise 576'ya yükselmiştir. Tahminlere göre Avusturya nüfusunun binde 2'si ile binde 5'i arasında bir oranda Hepatit C Virüsü taşıyıcılığı vardır (5:29).

1983'de sağlık otoritelerine bildiri zorunlu kılınan AIDS hastalığına Avusturya'da 2005 yılına kadar 2.413 kişi yakalanmıştır. Bunların 1.301'i ise ölmüştür. Şu anda Avusturya'da 1.022 AIDS hastası bulunmaktadır (5:30).

Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle ölümler 1990'lerden beri gerilemesine rağmen halen en temel ölüm nedenidir. Kanseri nedeniyle ölümler geride kalan on yıl boyunca %14,2 azalmıştır. En büyük azalma kötü huylu meme ve gırtlak kanserine bağlı ölümlerde olmuştur. Yaşa özel solunum yolu hastalıkları sebebiyle ölümler 1993'e göre %9,8 azalmasına rağmen kronik engelleyici akciğer hastalıkları oranında bir artış gözlenmektedir (5:36).

### II.3. Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Avusturya'daki politik sistem sağlık sektörüyle ilgili kararları vermede Federal Hükümet, eyaletler ve sivil toplum örgütlerini yetkili kılmıştır. Sosyal Sigorta Kuruluşları Federasyonu ve sağlık profesyonellerinin birlikleri sosyal sigortada önemli rol oynamaktadırlar. Yasal olarak tanımlanmış alt yapı içerisinde sağlık hizmetleri arzının ve sağlık hizmetleri talebinin finansmanı bu işbirliğince gerçekleştirilmektedir. Sosyal sigorta örgütü demokratik bir seçimle yöneticilerini seçen bağımsız bir yönetime sahiptir. Sosyal sigorta örgütünün üyelerinden katılım payı yolu ile sağladığı gelirlerde ve hizmet sunucularla yapılan anlaşmalarda yetki devri söz konusudur.

Genel anlaşmalar üzerine Federal Hükümet ve eyaletler kendi sorumlu oldukları alanlarda sağlık hizmetlerini sunumunu müşterek olarak yerine getirmektedir. Federal Anayasa'ya göre sağlık sistemindeki alanların birçoğundan Federal Hükümet sorumludur. En önemli istisna ise hastahanelerdir. Bu alanda Federal Hükümet temel yasaları çıkarmakla sorumludur. Yasaların uygulanması sorumluluğu ise dokuz eyalete aittir. Hastahanelerin sağlık koşulları açısından denetimi ise Federal Hükümete aittir (7:31).

Avusturya'da sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık sisteminin kontrolünde en etkili kesim kamu kesimidir. Sağlık sisteminin finansmanının üçte ikisinden fazlası katılım payları ve vergi gelirleriyle, yaklaşık üçte biri ise doğrudan kişisel ödemelerle (cepten ödemeler) hane halkınca sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu kesimi, kâr amaçsız özel örgütler, kâr amaçlı özel örgütler ve bireyler rol oynamaktadır (7:32).





### II.3.1. Federal Düzey

Federal düzeyde en etkili kurumlar Nationalrat (üst meclis), Bundesrat (alt meclis), Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı ile sosyal sigorta kuruluşlarıdır. Nationalrat ve Bundesrat sosyal güvenlik sistemi ile sağlık sistemine ilişkin reform ve gelişmeleri sağlayacak yasaları çıkarmaktadır (7:33).

Avusturya'da sağlığı koruma Merkezi Hükümet'e ait bir işlevidir. Kamu sağlık hizmetlerinde yasama ve uygulama federal bir konu olsa da bu amaç için gerekli sorumluluklar Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'na aittir (5:15).

Yasa tasarıları genellikle Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'na hazırlanmaktadır. Federal Hükümet'in sorumlulukları eyalet yönetimlerine ve bağımsız yönetim yapısına sahip sosyal sigorta kuruluşlarına dağıtılmıştır. Buna karşın sağlık hizmetlerine ilişkin yasaların çıkarılması ve sağlık sisteminin gözetim ve denetimi gibi önemli işlevler Federal Hükümet'in sorumluluğu altında kalmıştır. Federal Hükümet aynı zamanda sağlık profesyonellerinin eğitiminde de önemli bir role sahiptir (7:33,34).

Önemli bazı sorumluluklar aynı zamanda federal düzeyde diğer bazı bakanlıklara, eyalet ve belediyelere, bağımsız yönetime sahip kamu işbirliği kuruluşları olan sosyal güvenlik kuruluşlarına aittir.

Sağlık sisteminin en önemli ve en büyük parçası olan hastahane sisteminde Merkezi Hükümet sadece temel prensiplerin yasalaştırılmasından sorumludur. Yasaların uygulanması sorumluluğu ise eyalet yönetimlerine aittir (5:15).

#### II.3.1.1. Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı

Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı bir üst kuruluş rolü üstlenerek sosyal sigorta kuruluşlarının ve hizmet sunucularına ait profesyonel örgütlerin uygulamalarının yasalara uygun olup olmadığını denetlemektedir.

2003 yılında yeniden örgütlenen Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'nda şu birimler bulunmaktadır:

**Merkezi Örgüt (Sağlık Politikasının Eşgüdümünden Sorumlu Birim ve İş Kazası Sigortası, Sağlık Sigortası Ve Sağlıkla İlgili Konularda Yasamadan Sorumlu Birim):** Birimlerinde ulusal düzeyde ve Avrupa Birliği düzeyinde sağlık politikaları konusunda, sağlık politikalarında uluslararası eşgüdümün sağlanması konusunda, Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği konusunda, bulaşıcı hastalıklar, ilaçlar, hastahaneler, fizyoterapist, psikolog ve doktorlarla ilgili genel yasalar konusunda, sağlık sigortası ve iş kazası sigortası ile ilgili konularda çalışmalar yapılmaktadır.

**Kadınlara Ait Sorunlar Ve Cinsiyet Eşitliği Bölümü:** Kadın sorunlarıyla ilgilenir.

**Sağlık Sistemi Bölümü:** Bu bölüm tıbbi ürünlerde kalite güvencesinin sağlanmasından, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasından, güvenli kan ve doku naklinin yapılabilmesinden, ilaçların gözetiminden, radyasyondan korunmadan, ilaç bağımlılığı ile ilgili konulardan ve doktorlar dışındaki diğer sağlık profesyonellerinden sorumludur.

**Yapısal Politika Ve Sağlık Tüketicisi Bölümü:** Bu bölümde hastahane finansmanı, yapısal politika ve planlar ile belgeleme işlemleri geliştirilmektedir. Kaliteli yönetime, iç yönetime, sağlık ekonomisine ve sağlık telematiğine ilişkin sorunlar ile ilgilenmektedir. Bunlara ek olarak gıda teknolojisi, genetik mühendisliği, biyo teknoloji ve veterinerlik sektörü ile ilgili sorunlar da ele alınmaktadır.

**Cinsiyet Eşitliği Ombudsman Bürosu** Özel Sektöre İlişkin Cinsiyet Eşitliği Komisyonu ile Avusturya Sağlık Ve Gıda Güvenliği Ajansı Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'na bağlıdır (7:34).

2002 yılında bakanlık ve eyaletlerin temsil edildiği 18 federal kuruluş ve bürodan oluşan gıda sağlığı, bakteriyoloji, seroloji, veterinerlik ve tarım alanında çalışmalar yapan Avusturya Sağlık Ve Gıda Güvenliği Ajansı kurulmuştur (5:21).

Yüksek Sağlık Kurulu, Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'nın danışma kuruluşudur. Daha önce 19 olan üye sayısı 2005 yılında 39'a çıkarılmıştır. Üyelerinin bir kısmı Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı tarafından atanmakta, bir kısmı da tıbbi bilimler alanındaki çeşitli uzmanlıkları temsilen üç yıllığına seçilmektedir. Bu üyeler sağlık planlaması, finansmanı, hemşirelik hizmetleri, kalite güvencesi, psikoterapi ve alternatif tıp konusunda uzmanları içermektedir. Kurulun tavsiyeleri sağlık politikaları için bağlayıcı nitelikte değildir. Kurul bütün üyeler hazır olacak şekilde yılda iki ya da üç kez toplanır. Yüksek Sağlık Kurulu aşılama, AIDS, ana ve çocuk sağlığı ile koruyucu sağlık hizmetleri alanlarında alt komisyonlara ayrılmıştır (7:34,35).

Yeni kurulan Halk Sağlığı Komisyonu özellikle iş yeri sağlığı ve sanayi toplumunda ortaya çıkan hastalıklarla ilgilenmektedir. 1998 yılında Sağlığı Geliştirme Yasası gereğince Sağlıklı Avusturya Fonu oluşturulmuştur. Bu fonun görevleri sağlık eğitimi, sağlığın korunması ve geliştirilmesidir. Sağlıklı Avusturya Fonu katma değer vergisinde ayrılan belirli bir yüzde ile finanse edilmektedir (7:35).

Sağlık sisteminde yeniden düzenlemelerin yapılmasının amacı hastahanelerdeki ayaklı tedavi hizmetleri ile hastahane kliniklerindeki ve doktorların özel muayenelerindeki ayakta tedavi hizmetlerini tek bir şemsiye altında toplamaktır. Yeni oluşturulan Federal Sağlık Ajansı ve Eyalet Sağlık Platformları federal düzeyde, eyalet düzeyinde ve sosyal sigorta kuruluşları düzeyinde bu eşgüdümün kurumsallaşmasını temsil etmektedir.

Federal Sağlık Ajansı'nın merkezi yürütme kurulu Federal Sağlık Komisyonu'dur. Bu komisyon Merkezi Hükümetin, sosyal sigorta kuruluşlarının, eyaletlerin, şehirlerin, belediyelerin, dini kökenli hastahanelerin, hasta hakları bürolarının ve Tıbbi Komisyon'un temsilcilerini içermektedir (5:16).

2005 yılının başlarında kurulan Federal Sağlık Ajansı'nın merkezi yürütme kurulu olan Federal Sağlık Komisyonu 2005 yılı Nisan ayında toplanmıştır. Federal Sağlık Ajansı'nın en önemli görevi sağlık sisteminin tüm sektörlerinde performansa göre ücretlendirme sistemini geliştirmek ve kalite standartlarını belirlemektir (7:35).

Özel Hastahaneler Finansman Fonu 2002 yılında kurulmuştur ve verdikleri hizmetlerle sağlığın gelişimine katkısı olan 45 hastahanedeki yataklı tedavi hizmetlerinin finansmanını sağlamaktadır. Bu fon Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'nın gözetimi altındadır. Bu fon gelirlerini sosyal sigorta kuruluşlarından sağlamaktadır ve kamu hastahanelerinin finansman prensipleri yasasına göre, hastahaneleri performanslarına göre finanse etmektedir. Özel Hastahaneler Finansman Fonu ile finanse edilen hastahaneler ulusal çaptaki kalite şartnamelerine göre hizmet vermektedir (7:35,36).

Bağımsız İlaç Komisyonu Sosyal Sigorta Kuruluşları Federasyonu'nun ilaç fiyatlandırması uygulamalarını incelemektedir.

Avusturya Federal Sağlık Kurumu yataklı tedavi hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve sosyal sağlık hizmetleri ile ilgili alanlarda planlar yapmaktadır. Kurumun diğer önemli görevi Avusturya Yapısal Sağlık Planı ile birleştirilen Avusturya Hastahane Ve Temel Donanım Planı'na ilişkin çalışmalar yapmaktır. Ayrıca Avusturya Federal Sağlık Kurumu Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'ndaki fiyatlandırma komisyonuna Avrupa Birliği'ndeki ilaç fiyatları hakkında bilgi sunmaktadır (7:36).

Genetik Mühendisliği Komisyonu bu konudaki uygulamalara ilişkin temel sorulara tavsiye üretmek amacıyla 1995'de kurulmuştur. Temel amaçlarından birisi insanlardaki gen yapısını teşhis etmektir (7:37).

Buna ek olarak Federal Sağlık Sistemi Kalite Kuruluşu Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'nı kalite özelliklerinin geliştirilmesi ve ulusal çapta eşgüdümün sağlanması konusunda desteklemektedir. Kalite ve iç yönetim alanında aynı zamanda Federal Sağlık Ajansı ve eyalet düzeyinde de Sağlık Platformları çalışmalar yapmaktadır (7:51).

**Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'nın sağlığa ilişkin görevlerinden halk sağlığı ile ilgili olan görevleri şunlardır:**

- Genel sağlık politikasının belirlenmesi,
- Halk sağlığını etkileyecek genel risklerin önlenmesi,
- Sağlık sisteminin gelişimi için yapısal politikaların geliştirilmesi ve planlar yapılması,
- Sağlık hizmetlerinin performansa göre ücretlendirilmesi, sağlıkta bilgi ve sınırlama sistemleri, sağlıkta raporlama, halk sağlığında kalite, sağlık bilgi sistemi ve telematik ile ilgili konular,
- Sağlık bakımı ve sağlık eğitimine ilişkin konular,
- Anne-Çocuk Tıbbi Kartı'na ilişkin konular,
- Okul çağındaki çocukların tıbbi tedavilerini de kapsayan koruyucu sağlık hizmetleri,
- Mesleki hastalıklara ilişkin konular,
- Spor sağlığına ilişkin konular,
- Çevre sağlığı ve aşılama ile ilgili konular,
- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele,
- Radyasyondan korunma ve radyolojik muayenelere ilişkin konular,

- Kaplıcalar, doğal tıpla ilgili hastahaneler, hemşire bakım evleri ile kamu sosyal yardım kuruluşlarına ilişkin konular,
- Engellilere ilişkin tıbbi konular,
- Federal ilaç eşgüdümünü de içeren alkol ve uyuşturucu ile mücadele,
- İlaçlar ve eczacılara ilişkin konular ile Avusturya Eczacılar Komisyonu ile birlikte ilaç fiyatlarının kontrolüne ilişkin konular,
- Protezler ile ilgili konular,
- Ölüm sonrası yapılan işlemler ile cenaze defin işlemlerine ilişkin konular,
- Kamu sağlık yönetimi sektörüne ilişkin personelin eğitimi ve hizmet içi eğitimi (5:19,20).

#### **Sağlık hizmetleri profesyonelleri ve veterinerlikle ilgili profesyoneller hakkındaki görevleri şunlardır:**

- Doktorlar, eczacılar, dişçiler, ebeler, klinik psikologlar, sağlık psikologları, psikoterapistler ve diğer sağlık personeli ile veterinerlik personellerinin profesyonel temsili ile ilgili konular,
- Tıp doktorları, veterinerler, eczacılar ve diğer sağlık personellerinin eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitimi ile ilgili konular.

Ayrıca veterinerlik hizmetleri ile ilgili etlerin sağlığı ve stoklanması, sağlıklı yem temini gibi görevleri bulunmaktadır.

#### **Gıda sağlığı ile ilgili görevleri şunlardır:**

- Yiyecek maddelerinin satış yerlerine, üretimlerine, katkı maddelerine, kozmetik ürünlerine ve çeşitli tüketim mallarına ilişkin konular,
- Gıda sağlığı,
- Kamu gıda sağlığı yönetimi personelinin eğitimi ve hizmet içi eğitimi,
- Gen teknolojisine ait genel konular.

#### **Sağlık sigortası ve kaza sigortasıyla ilgili görevleri şunlardır:**

- Bu konular özellikle yasama işlevleri ve yanlış uygulamaların gözetimi ile ilgilidir (5:21).

#### **II.3.1.2. Diğer Bakanlıklar Ve Kamu Kuruluşları**

Federal Sosyal Güvence, Nesiller Ve Tüketiciyi Koruma Bakanlığı emeklilik sigortasının denetiminden, uzun dönemli bakımdan, sosyal yardımlardan ve engellilere ilişkin sorunların ele alınmasından sorumludur. Federal Sosyal Yardım Bürosu ve eyaletlerde bulunan dokuz şubesi bu bakanlığın sorumluluğu altındadır.

Federal Eğitim Bilim Ve Kültür Bakanlığı üniversitede sağlık profesyonellerinin eğitiminden sorumludur. Tıp fakülteleri federal kuruluşlardır ve kuruluş ve donatım maliyetleri ile üniversitelerin eğitim hastahanelerindeki işlemlerin maliyeti hastahane sahipleriyle paylaşılmaktadır.

Federal Maliye Bakanlığı finansal açıdan hastahane bütçeleri ve Sağlıklı Avusturya Fonu nedeniyle doğrudan ve dolaylı olarak Federal Hükümet ve eyaletler ile ilişki içerisindedir. Aynı zamanda Sosyal Sigorta Kuruluşları Federasyonu'nun kontrol otoritesidir.

Finansal Piyasa Otoritesi, Federal Hükümet'in özel sağlık sigortası sunucularının işlemlerini denetleme yetkisini üstlenmiştir. Ulusal ve yabancı özel sağlık sigortası uygulamalarının alt yapısını oluşturan Sigorta Anlaşma Yasası, Federal Adalet Bakanlığı tarafından 1994 yılında Avrupa Birliği gerekliliklerine göre yeniden düzenlenmiştir.

Federal Adalet Bakanlığı ve Federal Savunma Bakanlığı kendi hastahanelerine sahiptir.

Federal Şansölyelik bünyesinde 2001 yılında Biyoetik Komisyonu kurulmuştur. Komisyon insan biyolojisi ve insan sağlığı alanında Şansölye'ye yasal, bilimsel, sosyal ve ahlaki açıdan tavsiyelerde bulunmaktadır (7:38).

### II.3.2. Eyalet Ve Yerel Yönetim Düzeyi

Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı kamu sağlık sektöründe tüm otoriteye sahip değildir. Çünkü eyalet ve belediyeler prensipte kendi bölgelerindeki sağlık yönetiminden sorumludur. Her eyalet yönetiminin ayrı sağlık yönetim bölümü vardır. Bu bölümlere devlet memuru konumundaki bir tıp doktoru Eyalet Sağlık Yöneticisi olarak başkanlık etmektedir. Tüm eyaletlerde danışma amaçlı bir Eyalet Sağlık Kurulu bulunmaktadır. Buna ek olarak ilçelerde İlçe Tıbbi Memuru'nun başkanlık ettiği bir ilçe sağlık bürosu vardır (5:22).

Eyalet yönetimlerinde enfeksiyon hastalıklarıyla savaş bölümleri kuruludur. Aynı zamanda her eyalette aşılama merkezleri, sağlığı geliştirmeye yönelik çeşitli danışma merkezleri ile eyalet sağlık istatistiklerini toplama ve karşılaştırma işlevini yerine getiren kuruluşlar vardır.

Eyalet Sağlık Fonları kamusal fonlardır ve yasal varlıklara bölünmüştür. Her eyalet bir fon oluşturmak zorundadır. Federal Anayasa'nın sağlık sisteminin ve hastahane finansmanının yeniden yapılandırmasına dair 15. maddesine göre, bir anlaşma ile eski eyalet fonları iptal edilmiş ve yeni Eyalet Sağlık Fonları oluşturulmuştur (7:39).

Viyana dışındaki tüm eyaletlerde kamu hastahaneleri özel bir yasayla örgütlenmiş hastahane yönetim şirketlerince yönetilmektedir. Şirketlerin örgütsel yapıları farklıdır fakat eyalet adına stratejik kararları verme ve sağlık hizmetlerini sunma zorunluluğu ve hastahane sahiplerinin şirket yapısı içinde temsilci bulundurulması gibi özellikler ortaktır.

Aynı zamanda eyaletler uzun dönemli bakım kapsamında maddi ve diğer hakların sunulmasından da sorumludur. Uzun dönemli bakım sektöründe ülke çapında yeknesak bir uygulamanın sağlanması için Federal Hükümet ile eyaletler arasında bazı anlaşmalar vardır. Diğer uzun dönemli bakım hizmetleri arasında eyalet yönetimleri tarafından kurulan kapsamlı bir ayakta tedavi merkezi ağı ile günlük veya gecelik bakım evleri vardır (7:40).

## II.4. Sağlık Hizmetleri

### II.4.1. Birincil Sağlık Hizmetleri

Avusturya'da topluma ayakta tedavi hizmetleri sunumu genelde özel muayenehanelerde 18.025 genel pratisyenlerce ve dişçilerinde dâhil olduğu uzman doktorlarca verilmektedir. Bu sağlık profesyonellerinin bireysel uygulamalarına ek olarak tıp doktorlarının özel muayenehanelerinde de ayakta tedavi hizmeti sunmasına izin verilmektedir.

Doktorlar ve kamu sağlık sigortası fonları arasında yapılan anlaşmaya dayalı ilişkiler Avusturya Sosyal Sigorta Kuruluşları Federasyonu ve eyalet düzeyindeki Tıbbi Odalar arasında yapılan kapsamlı anlaşmalara göre şekillenmektedir.

Birincil sağlık hizmetleri çoğunlukla hastaların ilk temas ettiği sağlık profesyonelleri olan 6.221 adet aile hekimi olarak görev yapan genel pratisyence sunulmaktadır. Eğer uzman tedavisi veya muayenesi gerekiyorsa genel pratisyenler hastaları o alandaki bir uzmana ya da ayakta tedavi kliniğine sevk etmektedir (5:51).

Topluma ayakta tedavi hizmetleri sunumunda hastahanelerin ayakta tedavi bölümlerini, genel uzman kliniklerini, sağlık sigortası fonunun dış kliniklerini de içeren 900 civarındaki ayakta tedavi klinikleri önemli bir rol oynamaktadır. Tıbbi laboratuvarlar, fizyoterapi kuruluşları, radyolojik teşhis birimleri, spor sağlığı kuruluşları genelde özel sektörde işletilen ayakta tedavi klinikleridir. Bu özel kliniklerinin birçoğu sosyal sağlık sigortası kuruluşlarıyla anlaşmalıdır, verilen hizmetlerin bedeli hastalardan değil, hastaların sağlık sigortası kuruluşlarından alınmaktadır. Hastahanelerin uzman ayakta tedavi kliniklerinin de önemli bir katkısı vardır. Genel ve uzman ayakta tedavi klinikleri tüm kamu ve kâr amaçsız hastahanelerde bulunmaktadır (5:53).

### II.4.2. İkincil Ve Üçüncül Sağlık Hizmetleri

Avusturya'da nüfusa yataklı tedavi hizmeti toplam 67.000 yatak kapasitesine sahip 272 hastahane tarafından sunulmaktadır. Ülkede 1000 kişiye 8,4 yatak düşmektedir. 2003 yılında hastahaneler 2,5 milyon kişiye yataklı tedavi hizmeti sunmuştur. Yatak kapasitesinin %70'ine sahip olan 133 hastahane kamu hastahanesidir. Buna ek olarak toplam yatak kapasitesinin %7,8'ine sahip olan kâr amaçsız 27 özel hastahane vardır.

Hastahaneler çeşitli şekilde finanse edilmektedir. Hastahanelerin %32,7'sini, toplam yatak kapasitesinin ise %52,3'ünü oluşturan hastahaneler eyaletlerce finanse edilmektedir. Diğer hastahane finansman unsurları dini topluluklar, yasal sağlık sigortası kuruluşları, sigorta şirketleri ve özel kişilerdir (5:53).

Avusturya'daki 272 hastahanelenin 139'u "fonlanan hastahaneler" olarak adlandırılmaktadır. Bu hastahaneler kamu genel ve uzman hastahaneleri ile hem özel hem de kâr amaçsız olan genel hastahanelerdir. Bu hastahaneler eyalet sağlık fonu tarafından kamu kaynaklarıyla finanse edilmektedir. 2003 yılında bu "fonlanan hastahaneler" in yatak kapasitesi toplam Avusturya yatak kapasitesinin %72,8'i olan 49,292 olarak belirlenmiştir.

Fonlanmayan hastahanelerin 43 tanesi özel ve kâr amaçlı sanatoryumlardır. 3.726 yatak kapasitesine sahip bu hastahaneler ülkedeki toplam yatak kapasitesinin %5,5'ine sahiptir. Bu hastahaneler Özel Hastahane Finansman Fonu'yla finanse edilmektedir. Diğer 90 hastahane farklı uzman kuruluşlarından, rehabilitasyon merkezlerinden ve kronik hastalıkların tedavisi için kurulmuş olan hastahanelerden oluşmaktadır ve bu hastahaneler 14.690 yatak kapasitesine sahiptir (5:54).

Avusturya'da hastahaneye yatış oranı çok yüksektir ve bu oran artmaya devam etmektedir. 1991'de her 100 kişiden 23,9'u hastahaneye yatmışken, 1995 de bu oran 25,1'e, 2003'de ise 31,3'e yükselmiştir. Hastahane kalış süresinde ise tersi bir durum söz konusudur. 1995'de ortama kalış süresi 10,3 günken, 2003'de bu oran 6 güne gerilemiştir (5:20).

Tıbbi tedavi için bekleme süreleri halk arasında tartışma konusu olsa da, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında kısa olarak nitelenebilir (9:6).

#### II.4.3. Halk Sağlığı Hizmetleri

Halk sağlığı hizmetlerinin sorumluluğu eyaletlere aittir. Bu görevlerin birçoğu ilçe yönetimlerine veya yerel yönetimlere verilmiştir. Bu görevler sağlık raporlaması, salgınların ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ve sağlık denetimleridir. Buna ek olarak aşılama hizmetleri de halk sağlığı hizmetleri içerisinde yer almaktadır ve aşılama büyük oranda sağlık sigortası fonlarıyla satın alınmaktadır. Avusturya %73,5'lik kızamık aşılama oranı ile Avrupa Birliği ülkeleri arasındaki en düşük aşılama oranına sahip ülkedir. Halk sağlığı hizmetleri arasında sosyal sağlık sigortasınca finanse edilen yetişkin sağlık kontrolleri, ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve okul doktorları tarafından sunulan sağlık hizmetleri de vardır. 1992'den beri sağlık gelişimi sağlık sigortası sisteminin zorunlu görevleri arasında yer almaktadır. Bu amaçla 1998'de Sağlıklı Avusturya Fonu kurulmuştur. Bu fon katma değer vergisi ile finanse edilmektedir ve sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi projelerini desteklemektedir (9:7).

#### II.5. Sosyal Sigorta Kuruluşları

1990 yılında sosyal harcamaların GSMH'ya oranı %26,2'iken, bu oran 2000 yılında %28,3'e, 2003'de %29,5'e yükselmiştir. 2003 yılında kişi başına tüm sosyal faydaların parasal değeri (nakdi ve nakdi olmayan faydalar) 8.000 Euro olmuştur.

İşsizlik, yaşlılık ve sakatlık maddi sosyal sigorta faydalarından yararlanabilmek için ön koşuldur. Faydalar temel olarak eski işçilik durumu ve gelir durumuyla ilişkilidir. Sigorta temelli bu faydaların tüm nakdi sosyal faydalar içindeki payı %59'dur.

Ön koşulsuz faydalar (şu anki ya da daha önceki gelir ve çalışma durumundan bağımsız faydalar) uzun dönemli bakım yardımı, aile yardımı ve çocuk bakım yardımınıdır. Geçmiş yıllar boyunca ön koşulsuz faydaların toplam nakdi sosyal yardımlar içindeki payı %10'dan %15'e yükselmiştir. Aynı zamanda toplam nüfusun %98'i sağlık sigortasınca kapsamaktadır.



Yoksulluk durumunda sosyal yardım faydaları (bu faydalar geliri belli bir düzeyin altında olanlar içindir) Avrupa Birliği ortalamasının oldukça altındadır ve %5 civarındadır. Bu durum sosyal sigorta faydalarından ve ön koşulsuz faydalardan yararlananlara yoğun yardımlar yapılması ve uluslar arası oranlara nazaran daha düşük bir düzeyde işsizliğin bulunmasıyla açıklanabilir.

Tüm sosyal faydaların %21'i ise devlet memuru emeklilerine sunulan faydalara, iş yasasına göre sunulan faydalara ve ek emeklilik düzenlemelerince sağlanan faydalara atfedilebilir.

Avrupa Birliği ile karşılaştırıldığında doğrudan aile yardımları ortalamasının altında kalmaktadır. Dolaylı aile faydaları ise Avusturya'da önemli bir rol oynamaktadır. Katılım payına bakılmaksızın birçok aile üyesi sağlık sigortasının kapsamındadır. Ayrıca dulların emekli olması mümkün kılınmıştır.

Avusturya sosyal güvenlik sisteminde yasama yetkisi merkezi ve yerel yönetimlerce kullanılmaktadır. Ancak faydaların belirlenmesinde Federal Hükümet daha baskın bir konumdadır.

Eyaletlerin, belediyelerin ve şehir yönetimlerinin sorumluluğu sağlık sisteminin bir kısmını, barınma hizmetlerini, sosyal hizmetlerin büyük bir kısmını, çocuk bakım kuruluşlarını ve sosyal yardımları kapsamaktadır.

Avusturya refah devleti işverenlerin sosyal sorumluluk taşımasını gerektirmektedir. Aynı zamanda işverenler karar verme sürecinde ve politikaların uygulanması sürecinde rol oynamaktadırlar.

Toplu sözleşmelerde belirtilen ücretler ve çalışma şartlarına ilişkin düzenlemeler tüm sektörler için bağlayıcıdır.

Sosyal alanda yapılar bir yasama ve uygulamadan önce sosyal ortaklar olarak tanımlanan grupların görüşüne başvurulmaktadır. Önemli sosyal ortaklar meslek odaları, ekonomik odalar, üye olunması zorunlu olan tarım odası, Avusturya Ticaret Birliği Federasyonu ve üye olunması zorunlu olan Sanayi İşverenleri Birliği'dir (3:10,11).

Avusturya sosyal güvenlik sistemi şu şekilde bölümlere ayrılabilir:

• **Sosyal Sigorta:** Özellikle sağlık sigortası, iş kazası sigortası, emeklilik sigortası ve işsizlik sigortasından oluşmaktadır.

• **Ön Koşulsuz Sosyal Faydalar:** Aile yardımı, çocuk için vergi indirimi, çocuk bakım yardımı, uzun dönemli bakım ve sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

• **Gelir Durumuna Göre Değişen Faydalar:** Özellikle emeklilik sigortası kapsamında sağlanan asgari gelirden, işsizlik sigortası kapsamında sağlanan işsizlik yardımından ve sosyal yardımlardan oluşmaktadır (3:16).

• **Devlet Memurlarına Özel Düzenlemeler:** Kamu sektörü çalışanlarının üçte biri (özel anlaşma ile çalışan devlet memurları) özel sektör çalışanlarının sigortalarına benzeyen bir sosyal sigorta ile kapsamaktadır (3:19).



- **Gazi Ve Mağdurlara Yönelik Faydalar:** Savaş gazilerini ve suç mağdurlarına yönelik sosyal faydalardır.
- **İş Yasası İle Korunanlar:** Hastalık süresi boyunca çalışanlara ücretlerinin ödenmesine devam edilmesidir (3:16).
- **Bazı Meslek Gruplarının Ek Sigortaları:** Diğer ülkelere nazaran görece küçük bir çalışan gurubu ek mesleki emeklilik sigortasınca kapsamaktadır.
- **Sosyal Hizmetler:** Toplam sosyal güvence harcamalarının %8'i olan 5 milyar Euro sosyal hizmetler için harcanmıştır. Sosyal hizmetlerin birçoğunun sunumunda sorumluluk eyaletler ve yerel yönetimlere aittir (3:20).

### II.5.1. Sosyal Sigorta

Sosyal sigorta Avusturya Sosyal Güvence Sistemi'nin köşe taşıdır. Dört alt dala ayrılmaktadır. Bu dallar:

- Sağlık sigortası,
- İş kazası sigortası,
- Emeklilik sigortası ve
- İşsizlik sigortasıdır (10:1).

Sağlık sigortası, emeklilik sigortası ve iş kazası sigortası alanında toplam 24 sosyal sigorta kuruluşu vardır. Hepsi birlikte Avusturya Sosyal Sigorta Kuruluşları Federasyonu adlı şemsiye örgütlenme altında toplanmışlardır. Avusturya Sosyal Sigorta Kuruluşları Federasyonunun görevleri şunlardır:

- Uzun dönemli planlamalar yapmak,
- Ayrıntılıları belirlenmiş yeknesak bir sigorta uygulamasını geliştirmek,
- Merkezi veri yönetimi faaliyetlerini yürütmek,
- Doktorlar, dişçiler ve benzeri meslek grupları ile anlaşmalar yapmak
- Bedeli sigorta kuruluşlarınca karşılanan ilaçların listesini yayınlamak,
- Farklı sosyal sigorta kuruluşları arasındaki temel göstergeleri karşılaştırmak,
- Kamu yaşamında sosyal sigorta sistemini temsil etmektir.

Sosyal sigorta kuruluşları meslek dallarına ya da bölgelere göre şekillenmişlerdir. En önemli sosyal sigorta kuruluşları işçiler için emekli sigortası, dokuz eyaletteki sağlık sigortası fonları, iş kazası için sosyal sigorta kuruluşu, serbest meslek sahibi ve çiftçiler için sosyal sigorta kuruluşları ve kamu çalışanları için sosyal sigorta kuruluşudur.

• Sosyal sigorta kuruluşları özerk bir şekilde yönetilmektedir. Buna rağmen bu özerklik yasal düzenlemelerle bir hayli kısıtlanmıştır.

Bazı küçük grupları hariç tüm ücretliler bireysel olarak sosyal sigorta tarafından kapsamaktadır. 1990'ların ikinci yarısında çalışan nüfusun büyük bir yüzdesi zorunlu ya da isteğe bağlı sigorta kapsamına alınmıştır.

Sağlık sigortası kapsamı aynı zamanda sigortalı kimselerin aile üyelerini de kapsamaktadır.

Sosyal sigorta toplumun tümü için tüm sağlık hizmetlerinin sunumunu garanti altına almaktadır (3:16,17).

### II.5.1.1. Sağlık Sigortası

Sağlık sigortasının kapsanan riskler hastalıklar, çalışma kapasitesinde geçici düşüklüğe sebep olan hastalıklar ve analıktır. Aynı zamanda dış tedavisi ve fiziksel sakatlık durumunda rehabilitasyon hizmetleri de sosyal sağlık sigortasının kapsamaktadır. Sosyal sağlık sigortasının sağlanan faydalar riskin nereden kaynaklandığına bağlı olmaksızın sunulmaktadır (10:1).

Sağlık sigortası tüm çalışanları, çalışanların aile bireylerini ve en çok da sosyal yardıma muhtaç kimseleri kapsamaktadır. Nüfusun %98'i sağlık sigortasının kapsamaktadır. Sağlık sigortası büyük ölçüde işveren ile işçi primleriyle ve katılım paylarıyla finanse edilmektedir (3:18).

### II.5.1.2. İş Kazası Sigortası

Avusturya sosyal güvence yasası mesleki hastalıklar veya iş esnasında gerçekleşen kısmi veya tam sakatlıklar durumunda, kişinin malulen emekliliğini garanti altına almıştır (5:35).

İş kazaları sigortası mesleki hastalıklar ile iş yerinde meydana gelen bir kaza sonucu ortaya çıkacak riskleri kapsamaktadır. Aynı zamanda potansiyel kaza sebeplerini önleme yollarına yönelik işlevleri de kapsamaktadır. Sigorta ilişkisinin iş kazası temelli olabilmesi için kazanın çalışma sırasında meydana gelmiş olması gerekmektedir (10:2).

2004 yılı sonu itibarıyla emeklilik sigortası kuruluşlarınınca 406.405 kişiye malullük nedeniyle emeklilik maaşı ödenmiştir. Bu kişilerin 160.000'i henüz normal emeklilik yaşına ulaşmamış kişilerdir. 1994 verilerinde ise bu rakam 186.000 olarak belirlenmiştir (5:35).

### II.5.1.3. Emeklilik Sigortası

Emeklilik sigortası sigortalıları ve onların dul eşleri ile çocuklarını yaşlılık, sakatlık ve ölüm halinde ortaya çıkabilecek sosyal risklerden korumak için kurulmuştur. Yaşal emeklilik, erken emeklilik, malulen emeklilik ve hepsi birlikte dul emeklilik şeklinde nakdi fayda biçiminde örgütlenmiştir (10:3).

### II.5.1.4. İşsizlik Sigortası

İşsizlik sigortası Avusturya Sosyal Sigorta Kuruluşları Federasyonu kapsamında değildir. İşsizlik sigortası aynı zamanda aktif insan gücü politikalarından sorumlu olan Kamu İstihdam Hizmeti tarafından yönetilmektedir. Kamu İstihdam Hizmeti federal bir müdürlük, 9 eyalet örgütlenmesi ve 99 bölgesel birimden oluşmaktadır. Tüm örgüt birimleri sosyal partnerlerin temsil edildiği bir müdür ve bir denetim birimine sahiptir. Merkezi Hükümet yalnızca federal düzeyde temsil edilmektedir. Merkezi Hükümet aynı zamanda denetim biriminde de yer almaktadır. Bu birimin görevleri yönetimin denetlenmesi ve aynı zamanda insan gücü politikaları ile finansal konularda temel kararların alınmasıdır (3:17).

İşsizlik sigortası devlet memurları ve serbest meslek sahipleri haricindeki çalışanları işsizlik risklerine karşı korumaktadır. Her çalışan zorunlu sağlık sigortasının konusu olduğu gibi zorunlu işsizlik sigortasının da konusudur. Korumada genelde işsizlik faydaları, işsizlik yardımları gibi maddi faydalar ile iş bulma yardımı gibi maddi olmayan faydalar sunulmaktadır (10:4,5).

İşsizlik sigortası büyük oranda işçi ve işverenlerin primleriyle ve paylarıyla finanse edilmektedir (3:17).

### II.5.2. Ön Koşulsuz Sosyal Faydalar

İş ve gelir durumuna bakılmaksızın çok önemli nakdi faydalar sağlanmaktadır. Prim ödeme ön koşulu olmaksızın sağlanan sosyal faydalar:

- Aile yardımı ve çocuk yardımı,
- Çocuk bakım yardımı ve
- Uzun dönemli bakım yardımıdır (3:17).

Ön koşulsuz sosyal faydalar arasında sağlık sigortası da sayılabilir (3:18).

#### II.5.2.1. Aile Yardımı Ve Çocuk Yardımı

Gelirle ilişkili olmayan faydalardır. Aile yardımının düzeyi ailedeki çocuk sayısına ve bu çocukların yaşlarına göre belirlenmektedir. Aile Fonu ile finanse edilmekte vergi dairelerince ödenmektedir. Bu fon gelirleri işçi ve işverenlerin katılım payları ile genel vergiler aracılığıyla finanse edilmektedir.

Aile Yardımları bir çeşit vergi kredisi ile desteklenmekte ve menfi vergi (vergi indirimi) uygulanmaktadır. Her çocuk için ebeveynlerin gelirine bakılmaksızın menfi vergi uygulanmaktadır. Bu fayda vergi ödeyen kimselerin ekonomik kapasitelerinin düşmesiyle çocuklarına karşı görevlerini yeterince yerine getiremeyecekleri için uygulanmaktadır. Menfi vergi her çocuk için ayda 50,90 Euro'dur ve aile yardımı ile beraber ödenmektedir (3:13).

#### II.5.2.2 Çocuk Bakım Yardımı

2002 den önce çalışma durumuna bağlı olarak ödenen ebeveyn yardımı daha sonra değiştirilerek çocuk bakım yardımına geçilmiştir. Çocuk bakım yardımı her anne için çocuk 2,5 yaşına, her baba için çocuk 2 yaşına gelene kadar alınabilmektedir. Sağlık sigortası kuruluşları bu yardımların ödenmesinden sorumludur. Çocuk bakım yardımı Aile Fonu tarafından finanse edilmektedir (3:18).

#### II.5.2.3. Uzun Dönemli Bakım Yardımı

Uzun dönemli bakıma ihtiyacı olan herkes Federal Hükümet ve eyaletlerden uzun dönemli bakım yardımı alabilir. Bu nakdi yardımın düzeyi gerekli olan bakımın derecesine bağlıdır. Sistem büyük ölçüde aynı zamanda emekli ödemelerinden de sorumlu olan kurumlarca yönetilmektedir. Emekli olmayan kişiler uzun dönemli bakım yardımını eyaletlerden almaktadır. Uzun dönemli bakım büyük oranda Federal Bütçe ile finanse edilmektedir (3:18).

### II.5.3. Gelir Durumuna Göre Belirlenen Faydalar

Emekli sigortası gelirleri belli sınırların altında olanlara asgari faydaları sunmaktadır. Emekli sigortasınca emekli gelirleri bir eşik değere kadar yükseltilmektedir. İşsizlik sigortası dâhilinde, uzun dönemli işsizlere asgari bir geliri yoksa finansal açıdan işsizlik yardımı sunulmaktadır. Barınma hizmeti sunma ve eğitim garantisi de gelir durumuna göre belirlenen faydalar arasında sayılabilir. İşsizlik yardımı hariç, geliri belli bir sınır altında olanlara sağlanan faydalar genel vergilerle finanse edilmektedir (3:18).

### II.5.4. Devlet Memurlarına Özel Düzenlemeler

Devlet memurlarının emeklilik sigortası geleneksel olarak sosyal sigorta başlığı altında sınıflanmamıştır. Ancak meclisin devlet memurları emekliliğini, diğer çalışanlar ile kabul edilebilir bir şekilde aynı çizgi altında birleştirilmesiyle ilgili düzenleme isteği devlet memurları emeklilik sistemiyle ilgili tartışmalara yol açmaktadır (11:1).

Devlet memurları farklı düzenlemelerle sosyal koruma altına alınmıştır. İşverene bağlı olarak (Federal Hükümet, eyaletler, yerel yönetimler, Avusturya Demiryolları ve benzeri) sosyal sigorta düzenleneleri farklılık göstermektedir. Tüm bu sigortalıların ortak özelliği ise işsizlik veya emeklilik sigortasına sahip olmamalarıdır. Geçerli düzenlemeler bireysel emeklilik yasalarında yer almaktadır (3:19).

Hâlen devlet memurları 35 yıllık hizmetten sonra emekli olabilmektedir ve emekli olmadan önce aldığı son maaşının %80'ini emekli maaşı olarak almaktadır.

En son sosyal sigorta sistemi reform çalışmalarına göre gelecekte emekli maaşı düzeyi hesaplanırken son maaşın değil 15 yıllık süre içerisinde en iyi hizmetinin maaşının ortalamasının baz alınması öngörülmektedir. Buna ek olarak emekliliğe hak kazanmak için gerekli olan asgari sürenin de 35 yıldan 40 yıla çıkarılması tasarlanmaktadır (11:1).

Geçmiş yıllardaki emeklilik reformunun bir parçası olarak, tüm emekliler ve tüm meslek grupları için yasal sunumun yeknesaklaştırılmasını amaçlayan, 2005 yılından itibaren kapsayacak şekilde eski emeklilik yasasının 50 yaşın üstündeki devlet memurlarına uygulanabileceğine karar verilmiştir. 50 yaşın altındaki devlet memurlarına ise Genel Sosyal Sigorta Yasası uygulanabilecektir.

• Birçok devlet memuru Kamu Çalışanları Sigortası Kurulu'su'nca sağlık sigortası kapsamındadır. Devlet memurlarının emekliliği ve sağlık giderleri kendi katılım payları ile finanse edilmektedir. Ancak özellikle emeklilerin giderlerinin büyük bir kısmı devlet bütçesinden sağlanmaktadır (3:19).

### II.5.5. Gazi Ve Mağdurlara Yönelik Faydalar

Yüksek risk altındaki bu guruba özel bir sosyal koruma yapısı vardır. Gazi ve suç mağdurlarına özel olan en önemli fayda emeklilik faydasıdır. Bu faydanın yönetimi Federal Sosyal Güvenlik, Nesiller ve Tüketiciyi Koruma Bakanlığı'na aittir. Bölgesel düzeyde ise Bakanlığın alt kuruluşu olan Federal Sosyal Yardım Büroları bu sosyal faydanın yönetiminden sorumludur. Gazi ve mağdurlara yönelik faydalar federal bütçe ile finanse edilmektedir (3:19).

### II.5.6. İş Yasası İle Korunanlar

İşçi haklarının korunması Avusturya'daki sosyal politikanın önemli bir ögesidir. Bu bağlamdaki düzenlemeler arasında hastalık durumuna ve gebelik durumuna yönelik düzenlemeler, emeklilik geliri, çalışan eşler için geçerli olan özel düzenlemeler, iş sözleşmeleri, çalışma saatleri ve dinlenme saatlerine yönelik düzenlemeler sayılabilir (3:19).

### II.5.7. Bazı Meslek Gruplarının Ek Sigortaları

Şu anki çalışanların %10'u ek emeklilik sigortasına sahiptir. Tüm emeklilerin %2'si devletin emekliliğine ek olarak özel emekliliğe sahiptir (3:20).

## II.6. Sosyal Hizmetler

Temel sosyal hizmet alanlarında insangücü politikası ile ilgili kuruluşlar, okul dışındaki çocuk bakım kuruluşları, yaşlılar için huzur evleri, hemşire evleri, engelliler için barınma kuruluşları veya mesleki kuruluşlar ile şiddete maruz kalmış kadınlar, ilaç bağımlıları, diğer madde bağımlısı kişiler, evsiz insanlar, ağır borç içindeki kişiler gibi zor durumda olan insanlar için bakım ve danışma kuruluşları bulunmaktadır.

İnsangücü ile alakalı hizmetler dışındaki sosyal hizmetler alanında sorumluluklar çoğunlukla eyaletlere ve yerel yönetimlerdeki.

Yerel yönetimler kendi sosyal hizmetlerini kendisi yönetmektedir. Sosyal hizmetlerin bir kısmı ise devlet dışı örgütler, dernekler veya özel sektör kuruluşları tarafından yönetilmektedir. Kamu sektörünün çocuk bakımı, huzur evleri, hemşirelik evleri gibi bütün sosyal hizmet alanlarındaki payı %70 civarındadır. Bu hizmetlerin %25'i devlet dışı örgütler, kalan kısmı ise özel sektör kuruluşları tarafından verilmektedir. Özel sektör kuruluşları hemşirelik hizmetlerinin %3'ünü, çocuk bakım hizmetlerinin %4'ünü sağlamaktadır. Geleneksel olarak büyük örgütlenmelere ve bir çok küçük kuruluşlara sahip olan devlet dışı örgütler vardır. Devlet dışı örgütler kişiye bağlantılı dernekler, siyasi partilerin dernekleri ve diğer yerel yardım örgütlerinden oluşmaktadır.

**Sosyal Harcamalar:** 2003 yılında GSMH'nin %29,5'i sosyal harcamalara ve sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Bu oran Avrupa Birliği ortalamasından daha yüksektir.

Sosyal sistemin finansmanının üçte biri işveren katılım paylarından, üçte biri federal hükümet ve yerel yönetimlerin bütçesinden, dörtte birinden fazlası da sigortalı kişilerin katkılarından sağlanmıştır.

Geride kalan 10 yıl içinde sigortalı kişilerin finansmana katkısı artarken, işveren, devlet ve yerel yönetimlerin katkısı azalmıştır (3:24).

Avusturya'da sosyal harcamaların %71,5'i maddi fayda şeklinde olmuştur. Bu maddi faydaların üçte ikine yakını yaşlılık faydalarına, %13'ü aile faydalarına, %10'u sakatlık yardımına, %6'sı işsizlik faydasına ve %5'i de hastalık faydasına harcanmıştır. Tüm bu faydaların dörtte üçü sağlık sektörüne atfedilebilir (3:25).

2003 yılında sosyal harcamaların finansmanına işverenlerin katkısı %36, devlet ve yerel yönetimlerin katkısı %35, işçilerin katkısı %26 civarında olmuştur (5:27).

## II.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yapısı

Sağlık sisteminin finansman yapısı oldukça karmaşıktır ve Federal Anayasa ile sosyal sigorta yasalarına göre belirlenmiştir (9:5).

### II.7.1. Sağlık Harcamaları

2004 yılında Avusturya'da yaklaşık 23 milyon Euro sağlık harcaması yapılmıştır. Bu oran ülke GSMH'nin %3,6'sına denktir. Toplam sağlık harcamalarının %10'unu oluşturan uzun dönemli bakım harcamaları toplam sağlık harcamalarından düşüldüğünde toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı %8,7 olmaktadır. OECD'nin sağlık sistemi harcamalarındaki güncellenmiş verilere göre sağlık harcaması diğer EU 15 ülkeleriyle (Mayıs 2004 tarihinden önce Avrupa Birliğine üye olmuş ülkeler) karşılaştırıldığında çok düşük değildir ancak ortalamanın altındadır (9:7).

1999 ve 2004 yılları arasında kişi başına sağlık harcaması reel düzeyde her yıl sadece %1,9 artış göstermiştir. OECD ülkeleri arasındaki bu en küçük artış oranı bütçe disiplinine bağlılığın bir yansımasıdır. OECD ülkelerinde aynı dönemde ortalama kişi başına sağlık harcaması yıllık %5,2 artmıştır. 2004 yılında sağlık harcamalarının %71'i kamu tarafından yapılmıştır (8:2).

1995 ve 2004 yılları arasında hastahanelerin, ilaçların ve AIDS tedavi edicilerinin toplam sağlık harcamasından aldığı pay yükselirken ayakta tedavi hizmetleri ve hemşirelik hizmetlerinin payı düşmüştür (9:7).

### II.7.2. Sosyal Sağlık Sigortası

2004 yılı itibarıyla toplam nüfusun %98'i sağlık sigortasınca kapsamıştır ve geri kalan nüfusun büyük bir kısmı da eyalet ve yerel yönetimler aracılığıyla sağlık hizmeti almıştır. Çocuklar, üst düzeyde bakıma ihtiyacı olan eşler, çalışmayan eşler gibi hane halkı üyelerinde ve doğum sonrası bakımda sigorta primi aranmamaktadır. Çalışmayan diğer hane halkı üyeleri 2002 yılından beri düşük bir prim ödemektedirler.

Primler ve katılım payları sigortalı kişinin ve bağımlılarının sağlık harcamalarına dayanmamaktadır. Prim miktarı kişinin kazancına göre belirlenmektedir. Prim oranları yıllık olarak Nationalrat (üst meclis) tarafından belirlenmektedir.

2005 yılında sigortaya esas kazancı 3630 Euro ile 4235 Euro olan çalışanlardan sağlık sigortası fonuna %7,1 ile %9,1 oranları arasında katılım payı alınmasına karar verilmiştir. Çalışanların katılım payının yarısı kendilerince yarısı işverenlerince ödenmektedir. Toplanan katılım payları Sağlık Sigortası Fonu'na yönetilmektedir.

1990'ın ortalarından beri primler ve katılım payları ile Sağlık Sigortası Fonu'nun harcamaları arasında bir bütçe açığı oluşmaya başlamıştır. 2004 yılında Sağlık Sigortası Fonu'nun bütçe açığı 253 milyon Euro olmuştur. Eyalet Sağlık Fonları nazarında bu bütçe açıkları -%6,6 ile +%0,4 arasında değişmektedir. En önemli finansman kaynağı olan sosyal sağlık sigortası sistemi 2004 yılında toplam sağlık harcamalarının %45,3'ünü karşılamıştır (9:5,6).

### II.7.3. Merkezi Hükümet, Eyalet Yönetimleri Ve Yerel Yönetimler

Tamamlayıcı finansman kaynakları arasında vergiler vardır. 2004 yılında sağlık harcamalarının %25'i Federal Hükümet, eyalet yönetimleri ve yerel yönetimlerce yapılmıştır. Bu harcamaların %10'u uzun dönemli hemşirelik bakımı için yapılmıştır (9:6).

### II.7.4. Özel Harcamalar

2004 yılında sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte biri özel kişisel harcamalarla finanse edilmiştir. Toplam sağlık harcamalarının %13,5'i doğrudan kişisel ödemeler (hizmet maliyetlerinin tamamını şahıslar tarafından karşılanmakta) ve %7,6'sı dolaylı (hizmet maliyetlerine katılma-katılım payı şeklinde) kişisel ödemelerdir. Buna ek olarak %2,4'ü özel sigorta kuruluşlarına ödenen primlerden, %1,4'ü kâr amaçsız örgütlerce ve %0,2'si işverenlerce (şirket doktorlarının verdiği sağlık hizmetleri için) karşılanmıştır (9:6).

#### II.7.4.1. Kişisel Ödemeler

Tüm sağlık hizmetlerinin bedelleri tüm sosyal sigorta kuruluşlarınca kapsamamaktadır. Şu anki sigorta kuruluşları sigortalılardan katılım payı almaktadır. Tüm sigortalılar hastahane yatışta, çeşitli dış sağlık hizmetlerinde, anlaşması olmayan çeşitli doktorlar ve terapistlerin sundukları hizmetlerde, E-Kart (elektronik sağlık kartı) ve doktorlar tarafından reçete edilmiş ilaçların reçete ücretleri de maliyetlere katılmak zorundadırlar (5:52).

2004 yılında doğrudan kişisel ödemelerin %53'ü hastahaneler için, %30'u ise dış tedavi için yapılmıştır. Dolaylı kişisel ödemeler yoluyla maliyetlerin paylaşımı geçmiş yıllarda artmış ve sosyal sağlık sigortasınca sağlanan tüm hizmetlerdeki etkisi artmıştır. Ancak ayakta tedavi kliniklerinde 2001'de başlayan ve dolaylı maliyet paylaşımını içeren ücret sistemi yüksek maliyetler, uygulamadaki zorluk ve toplumsal direnç nedeniyle 2005 yılında geri çekilmiştir.

Dolaylı kişisel ödemelerin %47'lik oran gibi büyük bir kısmı sosyal sigorta kuruluşlarıyla anlaşması olmayan doktorların hizmetleri için, %19'u reçete edilmiş ilaçlar için, %18'i tedavi edici diğer ürünler için olmuştur. Sosyal korumaya ihtiyacı olanlar ve kronik hastalar reçete ücretinden muaftır.



Buna ek olarak sağlık sigortası fonları diğer başka alanlarda da onları ücret ödemekten muaf tutmaktadır. Toplam nüfusun %12'si ya da 900.000 kişi doğrudan maliyet paylaşımından muaftır (9:6).

#### II.7.4.2. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası harcamaları 2004 yılında özel sağlık harcamalarının yaklaşık %10'unu finanse etmiştir.

Sigorta şirketlerinin tarifeleri riske göre ve yere göre belirlenmektedir. Bu şirketlerin harcamalarında %82'lik oranla daha konforlu hastahane odalarını içeren yataklı tedavi hizmetleri baskındır. %10'luk bir oranda anlaşmalı olmayan doktorların ayakta tedavi hizmetleri içindir.

Nüfusun üçte biri sosyal sağlık sigortasına ek olarak bir de özel sağlık sigortasına sahiptir (9:6,7).

#### II.8. Sağlık İnsangücü

2004 yılı itibariyle Avusturya'da 38.422 doktor bulunmaktadır. Bu doktorların 11.716'sı genel pratisyen, 16,426'sı uzman, 4.106'sı dişi ve 6.174'ü mezuniyet sonrası ihtisas yapan doktorlardır (5:89).

Kişi başına düşen doktor sayısı 1998'e kadar hızla artış göstermiş 1998'den sonra ise bu artış yavaşlamaya başlamıştır. OECD verilerine göre Avusturya'da 1000 kişiye 2,9 doktor düşmektedir ve bu oran OECD ortalamasından yüksektir.

Tıp doktorlarının eğitimi üniversitedeki teorik eğitim ve hastahanelerdeki uygulamalı eğitim olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. 2002 yılında çıkarılan Üniversite Yasası ile Viyana, Graz ve Innsbruck Üniversitelerinin tıp fakülteleri üniversitelerden ayrılmış ve tıp üniversitelerine dönüştürülmüştür. Aynı zamanda tüm fakültelerde ve tıp üniversitelerinde geçmişe nazaran daha çok uygulamalı eğitime dayalı yeni müfredat programına geçilmiştir (5:90).

2004-2005 akademik yılında 2.416 kişi tıp eğitimine başlamıştır. Aynı yıl 167'si dişi doktor olmak üzere 1.581 kişi doktor diploması almıştır. Doktor unvanını kazanmadan önce tıp eğitiminin ikinci kısmında 3 yıllık uygulamalı genel tıp eğitimi veya arzu edilen uzmanlık alanında 6 yıllık uygulamalı uzmanlık eğitimi almak gereklidir. Ülkede 44 alanda tıp uzmanlığı vardır. 1995'in başlarından beri genel pratisyenlikte uygulamalı eğitiminin 6 ayının birincil sağlık hizmeti kuruluşlarında yapılması gerekmektedir.

Hasta bakımı ve hemşirelik mesleği Hasta Bakımı Ve Hemşirelik Yasası ile düzenlenmiştir. Hasta bakımı ve hemşirelik kariyeri profesyonel hasta bakımı ve hemşirelik ile yardımcı hemşirelik hizmetleri olmak üzere iki kısma ayrılmıştır.

Profesyonel hasta bakımı ve hemşirelik hizmetleri sağlığı geliştirme, koruma, teşhis, terapi ve rehabilitasyon uygulamalarını kapsamaktadır (5:91).

Hemşireler serbest olarak ya da hastahanelerde veya doktorlarla birlikte mesleğini icra edebilmektedir.



Genel hasta bakımı ve hemşirelik eğitimi hemşirelik okullarında verilmektedir ve 3 yıllık teorik ve uygulamalı eğitimi kapsamaktadır. Eğitim sonunda diploma verilmektedir.

Çocuk bakımı ve psikiyatrik bakım ve hemşirelik eğitimi temel hemşirelik eğitimini takiben verilmektedir. Uzmanlaşmış eğitim uzman hemşire okullarında verilmekte ve 3 yıl sürmektedir. Bu disiplinlerdeki gelişmiş eğitim kursları 1 yıl sürmektedir. Bu kurslar teorik ve uygulamalı eğitimi içermektedir.

Yardımcı hemşirelik hizmetleri profesyonel hemşirelerin ve doktorların verdiği sağlık hizmetlerine yardımcı içermektedir. Teorik ve uygulamalı eğitim bir yıl sürmektedir. Yardımcı hemşirelik eğitim kursları fakülteler veya ilçe yönetimlerinin evde hemşirelik hizmetleri sunan kuruluşları tarafından verilmektedir. Eğitim tamamlandıktan sonra sınavı başarıyla geçenlere sertifika verilmektedir (5:92).

Yüksek tıbbi teknik hizmetler Federal Tıbbi Teknik Hizmetler Yasası ile düzenlenmiştir. Bu yasa ile fizyoterapistler, biyomedikal teknisyenler, radyoloji teknisyenleri, diyetisyenler, mesleki terapistler, konuşma ve duyma bozukluğunun tedavisinde rol alan lojopedikler, görme bozukluklarıyla ilgilenen ortoptistler düzenlenmiştir. Bu meslek dallarının eğitimi tıbbi teknik akademilerce verilmektedir. Akademik eğitim üç yıllık sürmekte ve diploma ile sonlanmaktadır.

Tıbbi teknik hizmetler basit tıbbi teknik laboratuvar uygulamalarını, basit fiziksel tedavileri ve doktorların hizmet verdikleri yerlerde doktorların kontrolü altında X ışınlarının kullanımını içermektedir. Tıbbi teknikerlerin eğitimleri tıbbi teknik okullarda 30 ay sürmektedir ve diploma ile sonlanmaktadır (5:93).

Yardımcı sağlık personelleri laboratuvar yardımcıları, morg yardımcıları, doktor yardımcıları, mesleki hastalıklar tedavi yardımcısı gibi özel konularda hizmet veren sağlık personelleridir. Bu kişilerin eğitimi 130–135 saat sürmektedir ve bir komisyon tarafından yapılan sınavla sonuçlanmaktadır (5:94).

Ebelik mesleği Federal Ebelik Yasası ile düzenlenmiştir. Ebelerin verdikleri hizmetler gebe kadınların gözetimi ve bakımı ile doğum esnasında ve sonrasında bebeğin ve annenin bakımı hizmetleridir. Ebeler serbest olarak ya da bir hastahane de veya doktor yanında mesleğini icra edebilmektedirler. Ebelerin eğitimi ebelik akademilerinde veya kolejlerde verilmektedir. Eğitim 3 yıl sürmektedir ve bir sınav sonucu diploma ile son bulmaktadır (5:95).

2003 yılı verilerine göre Avusturya'daki hastahanelerde profesyonel hemşirelik, yardımcı sağlık hizmetleri, yardımcı hemşirelik, yüksek tıbbi teknik hizmetler, yardımcı tıbbi teknik hizmetler ve acil tıp alanında 75.000 kişi çalışmaktadır. Ayrıca aynı yıl verilerine göre ülkede 1.134 ebe bulunmaktadır (5:96).

## II.9. Eczacılık Hizmetleri Ve İlaç Sanayi

Avusturya'da ilaçlar prensipte sadece eczahanelerde satılabilmektedir. Sadece vitamin gibi bazı basit ilaçlar marketlerde satılmaktadır. Halk eczahaneleri devletin belirlediği kurallara göre işletilmektedir ve sıkı denetimlere tabi tutulmaktadır.

Genel pratisyenlerin özel muayene işlemlerini yaptıkları yere 6 km mesafede hiç bir halk eczahanesi yoksa bu doktorların kendi eczahanelerini işletmelerine izin verilmektedir. Bu tür eczahanelere ev içi eczahaneler denilmektedir (5:59).

2003 yılı itibariyle Avusturya'da özel ve bağımsız şirketler şeklinde çalışan 1.162 eczahane bulunmaktadır. Bu eczahanelerden 20 tanesi eczahane şubesi (her perakende satış eczahanesi kendisine 4 kilometre mesafedeki yerlerde bir eczahane şubesi açabilmektedir) şeklindedir. Ayrıca 50 adet hastahane eczahanesi, 989 adet ev içi eczahane bulunmaktadır. Perakende satış eczahanelerinin yarısından fazlası kırsal alanlarda veya küçük şehirlerde bulunmaktadır.

Avusturya'da eczahanelerin coğrafi dağılımı talebe göre şekillenmektedir. Avusturya'da eczahaneler arasındaki asgari uzaklık belirlenmiş ve her eczahanelenin asgari kapsaması gereken nüfus tanımlanmıştır.

31 Aralık 2003 tarihi itibariyle ülkede 5 tanesi aynı zamanda perakende satış eczahanesi olan 50 tane hastahane eczahanesi bulunmaktadır.

Uzman hastahaneler yasal olarak bir hastahane eczahanesine sahip olmak zorundadır. Hastahane eczahaneleri ve perakende satış eczahaneleri yılda en az dört kez denetlenmektedir. Eczacıların kendi meslektaşlarının oluşturduğu Avusturya Eczacılar Birliği'nin çıkardığı yeni düzenlemeler ve belirlediği sorumluluklar çerçevesinde faaliyet göstermektedirler.

Doktorlar toplam ilaçların üçte birini oluşturan sosyal sigorta kuruluşlarının geri ödeme yaptığı ilaçları serbestçe reçete edebilmektedirler. Hastalar reçete edilmiş ilaçları perakendeci eczahanelerden sağlarken bir miktar kişisel ödeme yapmaktadırlar. Bu miktar 2003 yılı için 4,35 Euro olarak belirlenmiştir. Bazı durumlarda hastalar sosyal ve ekonomik durumlarına göre bu ödemeden muaf tutulabilmektedirler (13:52).

Bu hesaptan düşülecek miktar eczahane tarafından sosyal sigorta kuruluşlarına ödenir. Eczacılar ödeme listelerinde yer alan ilaçların bedellerini "ücret fonu"nda (düzenli olarak eczacılık sanayisi ile sosyal sigorta kuruluşları arasında yapılan anlaşmalarla belirlenen liste) belirtilen fiyattan alırlar. Ancak eczahanelere ödeme yapılabilmesi için önce reçetelerin sosyal sigorta kuruluşlarına sunulması gerekmektedir (5:60).

Sosyal sigorta kuruluşları bir önceki yıla göre %3,5'lik artışla 2004 yılında 2,4 milyar Euro ilaç harcaması yapmıştır. Bu oranın %14'ü hastaların eczahanelere ödediği reçete ücretlerince karşılanmıştır. İlaç harcamalarının toplam sağlık sigortası harcamalarındaki payı %21'dir. Jenerik ilaçlar orijinaline göre birçok sebepten dolayı sağlık sistemi harcamalarını kıstak için ülkelere fırsatlar sunmaktadır. Avusturya'da 2006 yılı itibariyle jenerik ilaçların sayısı toplam ilaç sayısının %20'si kadardır (5:61,62).

Avusturya'da ilaç konusunda sıkı bir fiyat düzenleme politikası vardır. 1999'dan beri fabrika çıkış fiyatları resmi fiyatları belirleyen Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'na bildirilmektedir.

Avusturya'da ilaçların fabrika çıkış fiyatları Avrupa Birliği ortalamasına göre düşük olmasına rağmen ilaç satış fiyatları Avrupa Birliği ortalamasına yakındır. Bunun nedeni Avusturya'da ilaçlar üzerinden %20 katma değer vergisi alınmasıdır (5:62).

## II.10. Bilimsel Araştırmalar Ve Tıbbi Teknoloji

Sağlık teknolojisinin değerlendirilmesi Avusturya Sosyal Sigorta Kurumları Federasyon'unca yapılmaktadır. Aynı zamanda Avusturya Sağlık Kurumu ve Teknoloji Değerlendirme Kurumu da bu alanda faaliyet göstermektedir. 1997'den beri sektör bazında yapılan hastahane planları temel donanım planlaması altında birleştirilmiştir. 1998'de hastahanelerde bulunan temel donanım sayısı 495'iken 2003 yılında bu sayı dörtte bir oranında artmıştır. 1998 yılında ayahta tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinde temel donanım sayısı 181'iken 2003 yılında bu sayı üçte bir oranında artmıştır (9:11).

Geride kalan on yıl boyunca bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonanslı görüntüleme (MRI) gibi teşhise yönelik tıbbi donanımların sayısında hızlı bir artış olmuş ve OECD ülkeleri arasındaki en yüksek orana ulaşmıştır. OECD ülkelerinde bir milyon kişiye ortalama 18 bilgisayarlı tomografi düşerken Avusturya'da bu oran 28,5'tir. Ülkede bir 1988 yılında bir milyon kişiye 1 MRI düşmekteyken, 2004 yılında bu oran 15'e yükselmiştir (8:2).

2006 yılında sosyal sağlık sigortası fonlarının kâğıt makbuzlarının yerini belli bir süre için ve sadece ayakta tedavi sektöründe geçerli olan E-Kart'lar (elektronik sağlık kartı) almıştır. Çalışanlar işverenleri aracılığıyla yıllık 10 Euro ödeyerek bu kartı almaktadırlar. Federal Anayasa'nın 15. Maddesi'ne göre 2005–2008 yılları arasında elektronik sağlık alanında E-Reçete'ye (elektronik reçete) geçilmesine karar verilmiştir (9:11).

### III. AVUSTURYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 1: Bazı Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırılması**

GÖSTERGELER	AVUSTURYA	TÜRKİYE
Nüfus (Milyon) (2004)	8,171 <sup>1</sup>	72,220 <sup>1</sup>
Nüfus artış hızı (%) (1994–2004)	0,2 <sup>1</sup>	1,6 <sup>1</sup>
Kişi başına düşen GSMH (ABD \$)*	36.980 <sup>2</sup>	3.770 <sup>3</sup>
Kişi başına toplam sağlık harcaması (Uluslar Arası ABD \$ kuruna göre) (2003)	2.306 <sup>1</sup>	528 <sup>1</sup>
Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı (%) (2003)	7,5 <sup>1</sup>	7,6 <sup>1</sup>
Toplam sağlık harcamalarında devletin payı (%) (2003)	67,6 <sup>1</sup>	71,6 <sup>1</sup>
Devletin sağlık harcamalarının toplam devlet bütçesine oranı (%) (2003)	10 <sup>1</sup>	13,9 <sup>1</sup>
Devletin sağlık harcamalarına sosyal güvenlik kurumlarının katkısı (%) (2003)	65,8 <sup>1</sup>	54,6 <sup>1</sup>
Toplam sağlık harcamalarında kişisel ödemelerin payı (%) (2003)	32,4 <sup>1</sup>	28,4 <sup>1</sup>
Bin kişiye düşen doktor sayısı	3,38 <sup>1</sup>	1,35 <sup>1</sup>
Bin kişiye düşen hemşire sayısı	9,38 <sup>1</sup>	1,70 <sup>1</sup>
Bin kişiye düşen diş hekimi sayısı	0,50 <sup>1</sup>	0,24 <sup>1</sup>
Beklenen yaşam süresi (yıl) (2004)	79 <sup>1</sup>	71 <sup>1</sup>
Bebek ölüm hızı (1000'de) (2004)	4,5 <sup>2</sup>	28 <sup>3</sup>
5 yaş altı çocuk ölüm hızı (1000'de) (2004)	4,9 <sup>2</sup>	32 <sup>3</sup>

**Kaynak:**<sup>1</sup> (4) WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization, Geneva, s: 158,159,174,175,178,179,184,185,186,190,196.

<sup>2</sup> (6) WB (2006) The World Bank, Austria Data Profile, s: 1.

<sup>3</sup> (12) WB (2006) The World Bank, HNP at Glance Turkey, s: 1. (\* Avusturya verisi 2005 yılına, Türkiye'ye ait veri 2004 yılına aittir.)

Avrupa'nın en köklü devletlerinden olan Avusturya'da sağlık ve sosyal sigorta sistemi orta çağın sonlarında gelişmeye başlamıştır. Sosyal sigorta alanında ilk düzenleme maden işçilerini kapsayan ve onlara çeşitli faydalar sağlayan düzenlemedir. Günümüzde Avusturya'da yürürlükte olan sağlık sisteminde sosyal sigorta kuruluşları kadar federal hükümet ve eyalet yönetimleri de rol oynamaktadırlar. Ülkede hem "Sağlık Sosyal Sigortası"na hem de "Sağlık Sosyal Güvenliği"ne dayalı bir sağlık güvence sistemi yürürlükte olduğu Refah Yönelimli / Sigorta tipi kapsamındadır.

Türkiye'de de sağlık sistemi içerisinde finansman açısından sosyal sigorta kuruluşları ve merkezi hükümet önemli roller üstlenmişlerdir. Türkiye'de sosyal sigorta kuruluşları sağlık hizmetlerinin arzında yer almazken Avusturya'da da aynı durum söz konusudur.

Her iki ülkede de merkezi yönetimde bir bakanlık sağlık sektörünün çalışmasından ve eşgüdümünden sorumludur. Avusturya'da Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı merkezi alanda sağlık politikalarının geliştirilmesi, yasa tasarılarının hazırlanması gibi genel görevlerin üstlenmiştir. Türkiye'de de Sağlık Bakanlığı sağlık sistemi içerisinde önemli rol oynamaktadır. Sağlık Bakanlığı genel politikaların belirlenmesinin yanı sıra aynı zamanda birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sunumunda da önemli görevler üstlenmiştir. Avusturya'da Federal Sağlık Ve Kadın Bakanlığı'nın eyaletlerde doğrudan kendine bağlı bir bürosu yoktur. Eyalet Hükümetine bağlı, Eyalet Sağlık Yöneticisi olarak adlandırılan ve devlet memuru durumundaki bir tıp doktoru eyaletlerdeki sağlık yönetiminden danışman ve denetmen rolünü üstlenerek sorumludur. Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı'nın her ilde Sağlık Müdürü olarak adlandırılan ve tıp doktoru olan bir temsilcisi vardır. Sağlık Müdürü ildeki tüm sağlık hizmetlerinden birinci elden sorumludur.

Avusturya'da GSMH'dan sağlığa ayrılan pay %7.5, Türkiye'de %5 civarındadır. Ancak Avusturya'da kişi başına düşen GSMH Türkiye'ye nazaran on kat daha fazladır. Toplam sağlık harcamalarında devletin payı Türkiye'de daha yüksekken Avusturya'da toplam sağlık harcamalarında devletin payı içerisindeki sosyal sigorta kuruluşlarının payı daha yüksektir. Bu durum Avusturya'da daha iyi işleyen bir sosyal sigorta sisteminin varlığını göstermektedir.

Avusturya'da sosyal sigorta alanında 24 sigorta kuruluşunun yanı sıra özel sigorta şirketlerine de rastlanmaktadır. 24 sosyal sigorta kuruluşu Avusturya Sosyal Sigorta Kuruluşları Birliği Federasyonu adlı bir üst örgüt içerisinde örgütlenmişlerdir. Bu sosyal sigorta kuruluşları ve sigorta şirketleri sağlık hizmetinin sunumunda rol almamaktadır. Sadece sigorta kapsamındaki kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlarlar. Ancak tüm sağlık hizmetleri sigorta kuruluşlarınca karşılanmamakta, karşılanan bazı hizmetlerde de sigortalı kişiler katılım payı ile hizmet maliyetlerine katılmaktadırlar. Federal bütçe ve eyalet bütçesi sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte birini finanse etmektedir. Kişisel ödemeler ise geri kalan kısmı finanse etmektedir.

Türkiye'de sosyal sigorta kuruluşlarının yanı sıra prim ödemeye dayanmayan ve devlet bütçesi ile finanse edilen sosyal yardım türü sağlık güvenceleri sağlık hizmetlerinin finansmanında rol oynamaktadır. Türkiye'de de sosyal sigorta kuruluşlarını tek bir şemsiye altında toplayacak bir örgütün oluşturulmasına çalışılmaktadır. Bu sosyal sigorta kuruluşları Avusturya'da olduğu gibi Türkiye'de de doğrudan sağlık hizmeti sunumunda rol almamaktadır. Sosyal sigorta kuruluşları tüm sağlık hizmetlerini kapsamamaktadır ve kapsanan hizmetlerde de özellikle ilaçlarda sigortalıların katılım payı ile maliyetlere katılması sağlanmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında devletin payı Avusturya'ya göre daha yüksektir. Kişisel ödemelerin sağlık hizmetleri finansmanındaki payı ise Avusturya'ya nazaran daha düşüktür ve Türkiye'de sağlık harcamalarının yaklaşık dörtte biri kişisel ödemelerle finanse edilmektedir.

Avusturya'da birincil sağlık hizmetleri çoğunlukla genel pratisyenlerin bireysel uygulamaları aracılığıyla sunulmaktadır.

Ayrıca ayakta tedavi klinikleri ve kamu genel ve uzman hastahanelerinin ayakta tedavi klinikleri birincil sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli yere sahiptir.

Türkiye’de birincil sağlık hizmetleri sunumunda Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık evleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri gibi genelde pratisyen hekimlerin ve sağlık memuru ile civar gibi yardımcı sağlık personellerinin görev yaptığı sağlık kuruluşları önemli rol oynamaktadırlar. Daha önce hastahanelerde kurulu olan döner sermaye işletmeleri birincil sağlık kuruluşlarında da kurulmuş olup, birincil sağlık hizmetleri arzının finansmanında devletin ağırlığı azalmış ve sosyal sigorta kuruluşlarına devredilmiştir. Ayrıca özel sektör muayenehane ve laboratuvarlarının da büyük bir payı vardır.

Avusturya’da ikincil ve üçüncül sağlık hizmetleri kamu genel ve uzman hastahanelerinde ve özel hastahanelerde verilmektedir. Kamu hastahaneleri “fonlanan hastahaneler” olarak adlandırılmaktadır ve eyalet sağlık yönetimi ikincil sağlık hizmetlerini sunacak yeterli alt yapının kurulmasından sorumludur. Hastahaneler özerk hastahane yönetim şirketlerinde yönetilmektedir ve eyalet sağlık fonları ile finanse edilmektedirler.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastahaneler ağırlıklı olarak ikincil sağlık hizmetlerinin sunumunda rol oynamaktadırlar. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’na ve üniversitelere bağlı özel dal ve eğitim hastahanelerinde üçüncül sağlık hizmetleri verilmektedir. Her hastahane döner sermaye adı verilen bir finansman sistemi bulunmaktadır. Hastahaneler sosyal sigorta kuruluşlarından ve hizmet alan kişilerden aldıkları ücretlerle bu döner sermaye sistemini işletmektedir.

Avusturya’da halk sağlığı hizmetlerinden eyaletler ve yerel yönetimler sorumludur. Halk sağlığı hizmetleri alanında çevre sağlığı hizmetleri, sağlık eğitimi, aşılama gibi hizmetler verilmektedir.

Türkiye’de halk sağlığı hizmetlerinden birincil sağlık hizmetlerini sunan Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık evleri ve sağlık ocaklarının yanında yerel yönetimler ve gıda sağlığı konusunda da Tarım Ve Köy İşleri Bakanlığı sorumludur.

Avusturya’da 1.000 kişiye düşen doktor, hemşire ve diş hekimi sayısı Türkiye’ye göre yüksektir. Özellikle de Avusturya’da evde bakım hizmetleri daha gelişmiş olduğu için 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı Türkiye’ye nazaran yaklaşık 6 kat daha yüksektir. Her iki ülkede de doktorlar üniversitelerin tıp fakültelerinde eğitim görmektedirler. Yardımcı sağlık personeli ise her iki ülkede de hem lise düzeyinde hem üniversite düzeyinde eğitim almaktadırlar.

Avusturya’da sağlık çalışanlarının özel uygulamaları sağlık sistemi içerisinde ağırlıklı yer işgal etmekteyken Türkiye’de sağlık çalışanları genelde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastahane ve sağlık kuruluşlarında istihdam edilmektedir. Bunlar ve serbest hekimler ayrıca özel muayenehanelerde de çalışabilmektedir. Ancak özel sektörün gelişimine yönelik sağlık politikaları ile Türkiye’de de sağlık çalışanlarının özel sektörde istihdamı geçmişe nazaran artmaktadır.

**KAYNAKLAR**

1. Ana Yayıncılık (2004) AnaBritannica Genel Kültür Ansiklopedisi-Avusturya maddesi, Ana Yayıncılık, İstanbul, Cilt:3
2. U.S. Department of State (2007) Backround Note: Austria, United States of America Department of State.  
<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3165.htm>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)
3. BMSK (2006) Social Protection in Austria, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.  
[http://www.bmsk.gv.at/cms/siteEN/attachments/1/5/1/CH0339/CMS1135953123632/sozialschutzsysteme\\_e\\_1-124.pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/siteEN/attachments/1/5/1/CH0339/CMS1135953123632/sozialschutzsysteme_e_1-124.pdf)
4. WHO (2006) World Health Report 2006, World Health Organization.  
[http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf)
5. BMGF (2005) Public Health in Austria, Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend.  
[http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/3/6/6/CH0083/CMS1051011595227/gesundheitswesen\\_in\\_oesterreich\\_2005\\_internet.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/3/6/6/CH0083/CMS1051011595227/gesundheitswesen_in_oesterreich_2005_internet.pdf)
6. WB (2006) Austria, Data Profile, The World Bank.  
<http://devdata.worldbank.org/external/CPProfile.asp?SelectedCountry=AUT&CODE=AUT&CNAME=Austria&FTYPE=CP>
7. WHO (2006) Health Care Systems in Transition – Austria. European Observatory on Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe.  
<http://www.euro.who.int/Document/E89021.pdf>
8. OECD (2006) How Does Austria Compare, İçinden, OECD Health Data, 2006 Organisation for Economic Co-operation and Development.  
<http://www.oecd.org/dataoecd/27/7/36972401.pdf>  
(indirme tarihi: 13.04.2007)
9. WHO (2006) Health Care Systems in Transition, HiT Summary – Austria, World Health Organization Regional Office for Europe.  
<http://www.euro.who.int/Document/E89021sum.pdf>
10. Eurofound (2007) Social Insurance in Austria, European Foundation for the Improvement of Living and Conditions.  
<http://www.eurofound.europa.eu/emire/AUSTRIA/ANCHORSOZIALVERSICHERUNG-AT.html>



11. Eurofound (2007) Social Security in Austria, European Foundation for the Improvement of Living and Conditions.  
<http://www.eurofound.europa.eu:emire/AUSTRIA/ANCHOR-SOZIALESICHERHEIT-AT.html>
12. WB (2006) HNP at Glance Turkey, The World Bank  
<http://devdata.worldbank.org/hnpstats/HNPsummary/countryData/GetShowData.asp?sCtry=TUR,Turkey>
13. Dolinar E. (ed.) (2004) The Austrian Health Care System İçin: European Journal of Prison Health Volume:5, European Association of Hospital Pharmacists.  
<http://www.eahponline.org/upload/ejhp/E5%20p51%20focus.pdf>
14. BMWA (2002) Bestandsaufnahme der Entwicklungspotenziale im Gesundheitstourismus Modul:1, Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit.  
<http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/4DFBFF41-3266-4569-B8A3-210DA0D1E072/0/EntwicklungspotenzialeGesundheitstourismusengl.pdf>  
(sayfa numaraları araştırmacılarca verilmiştir)

A. ERDAL

SARAJEVIAN

A. ERDAL SARGUTAN