

DOSYA/DERLEME**AVUSTURYA SAĞLIK SİSTEMİ***Aylin Sena BELİNER**

Avusturya 9 eyaletten (Länder) oluşan federal demokratik cumhuriyettir. Avrupa Birliği'ne 1995 yılında katılmıştır. Her eyaletin kendine ait yasama yetkisi bulunmaktadır ve federe konseyde (Bundesrat) federal düzeyde kanun yapıcı yetkiye katılırlar. Yerel topluluk veya kasabalardan oluşan politik bölgelere ayrılırlar. Avusturya'daki sosyal ortaklar, sosyal ve ekonomik politikaları belirlemede önemli rol oynarlar. Parite Komisyonu üyeleri Avusturya Ticaret Odası Federasyonu, Federal Çalışma Birliği, Avusturya Ekonomi Birliği, tarım odaları başkanları ve federal bakanlık temsilcilerinden oluşur. Komisyonlarda bu üyelerin bulunması zorunludur. Birliklerin gelirleri oda aidatlarından sağlanmakta ve yürütme kurulları üyeleri tarafından seçilmektedir. İlgili gruplar politik karar alma sürecinde genellikle ortak karar almaya çalışmaktadır. Temsilcilerin politik anlaşmalarda ve kamu sektörü ile sosyal sigorta kurumlarında önemli rolleri bulunmaktadır. Sosyal ortaklar parlamentodaki tüm kararlar için uzman görüşlerini bildirirler. Ekim 1999 seçimlerinden sonra Avusturya politik görüşündeki değişikliklerle sosyal ortakların sosyal politika karar vericiliğindeki yüksek etkisi azalmıştır (WHO, 2001; WHO, 2006). Avusturya ekonomisi sanayi, turizm ve tarıma dayanmaktadır. Tarıma elverişli toprakları azdır. GINI indeksinde Eur-A ülkelerine göre gelir eşitsizliği ortalama düzeydedir. Toplumun yüzde 8'i orta gelir düzeyinin altında yaşamaktadır (WHO, 2004). EUROSTAT hesaplarına göre işsizlik hızı İrlanda ve Lüksemburg'dan sonra yüzde 5 ile üçüncü en düşük ülke düzeyindedir, ancak yükselme

eğilimi göstermektedir. Yüzde 65.8'i kentte yaşamaktadır (2002). 1990'dan sonra toplumun sağlık göstergelerinin büyük bir bölümünün iyileşme gösterdiği belirtilmektedir. Avusturyalıların doğuştan beklenen yaşam yılı çoğu Avrupa Birliği (AB) ülkesinden daha yüksek olan 76.0'dan 79.5'e çıkmıştır (WHO, 2006). 2006 OECD raporuna göre Avusturya toplumunun yaşlanması ve yaşlı işçilerin çalışmasına bağlantılı olarak önemli değişimler yaşanmaktadır. Mortalite hızında azalma ve düşük fertilitite hızı nedeniyle 2050 yılında 65 yaş üstü nüfusun 2 katına çıkacağı ve 2018 yılından itibaren çalışan nüfus sayısının düşmeye başlayacağı ön görülmektedir. Çalışan sayısında düşme daha düşük ekonomik gelişmeye neden olacağı ve aynı zaman da kamu sosyal harcamaları da artmaya devam edeceği ön görülmektedir (OECD DATA, 2005; OECD, 2006).

1887 – 1888'den beri ulusal çapta zorunlu olan sosyal sağlık ve kaza sigortasının kapsayıcılığı genişlemiş ve 8.11 milyon vatandaşın (2003) yüzde 98'ini kapsar hale gelmiştir (MISSOC, 2005). 2004 yılında ise bu kapsayıcılık yüzde 97.6 olmuştur. Sigortanın yapısı meslek ve gelir düzeyine göre değişiklik göstermektedir. Sigorta mesleki bir gruba bağlı olma veya oturulan bölgeye göre zorunlu olarak yapılmaktadır, bu nedenle de sağlık sigorta fonları arasında bir rekabet olmamaktadır. Sosyal sigorta kapsamında hastalık, kaza ve emeklilik bulunmaktadır. Çalışanlar açısından sigorta primlerinin yarısı işveren yarısı işçi tarafından ödenmektedir (WHO, 2004). Sosyal sigorta kurumu 2004 yılında yatan hasta harcamalarının yüzde 82'sini finanse etmiştir. Harcamaların büyük bir bölümü kamu hastanelerindeki özel odalar için ve yüzde 10'luk kısmı da sözleşme imzalamayan hekimlerden hizmet satın almaya harcanmıştır. Toplumun 1/3'ünde ek özel sağlık

*Dr., Kılıçreis Sağlık Ocağı, İzmir

sigortası bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası yıllar içinde azalmakla birlikte, özellikle kamu hastanelerinin toplam harcamalarının yüzde 7'lik bir bölümünü oluşturmaktadır (WHO, 2006).

KURUMSAL YAPI VE YÖNETİM

Avusturya sağlık sistemi ülkenin federal yapısı ile karakterizedir. Sosyal güvenlik sisteminin özerk ilgili kurum ve gruplara yetki devri ile birlikte federal devlet ve eyaletlerdeki yetkili kişilerle planlama, koordinasyon ve finansman ortak olarak düzenlenmektedir. Federal anayasaya göre, sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamından birincil düzeyde sorumlu olan federal hükümettir. Bunun en önemli istisnası hastane sektörüdür. Bu alanda, federal hükümetin sorumluluğu temel yasayı çıkarmaktır, yürütme ve uygulama yasaları 9 eyaletin kendi sorumluluğundadır (WHO, 2006). Sağlık bakım sistemi finansmanının 2/3'ü sigorta primleri ve vergilerden sağlanmaktadır. 1/3'ü ise özel sektör tarafından finanse edilmektedir. Sağlık hizmeti sunumu kamu, kar amacı taşımayan özel kuruluşlar, bireyler ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır (MISSOC, 2005). Ayaktan hasta bakımı, rehabilitasyon ve ilaç sektörü yönetimi ve düzenlemesi 21 sağlık sigorta fonu, Avusturya Federasyonu Sosyal Güvenlik Enstitüsü ve yasalarla kamusal sorumluluğu olan hekim ve eczacı birlikleri ve ebe ve diğer sağlık çalışanı derneklerinin görüşmeleri ile yürütülmektedir. Sağlık bakım sisteminin çeşitli sektörleri farklı ilgili kurum ve gruplara oluşturulmakta, düzenlenmekte ve finanse edilmektedir. Ancak, son yıllarda tüm sektörlerde etkin olan karar verici ve finansal akışı birleştirmeye yönelik ortak bir çaba gözlenmektedir (WHO, 2006).

2002'den bu yana Viyana dışındaki eyaletler ve bazı özel kar amacı taşımayan hastane sahipleri hastanelerini kurumsal özelleştirme (organizational privatization) kapsamında özelleştirmiştir. Çeşitli özelleştirme şirketlerinin (private operating companies) ortak noktası, hastanelerin yönetiminden sorumlu olmalarıdır. Ancak, eyalet ve yerel yönetimlerin büyük bir bölümü garantör (Güvence veren ve bunun gerçekleşmesini gözetken kimse, kuruluş ya da devlet) olarak görev almaktadır. Avusturya sağlık sistemi tüm hizmet bölümlerinde desantralize bir yapılanma geliştirmiştir (WHO, 2006).

SAĞLIK FİNANSMANI VE HARCAMALARI

Anayasa ve sosyal sigorta yasaları gereğince sağlık sistemi finansmanı çoğulcudur (pluralistic) (WHO, 2006). Sigorta primlerinin yanı sıra vergiler, doğrudan veya dolaylı ödemeler, özel sağlık sigorta primleri sağlık finansmanının kaynaklarıdır. Sonuncusu özellikle hastane yatışlarının finansmanına katılmaktadır. Uzun süreli bakım harcamaları vergilerden karşılanmaktadır. Finansmanın en büyük kaynağı olan sosyal sağlık sigorta sistemi 2004 yılında toplam sağlık harcamalarının yüzde 45.3'ünü karşılamıştır (WHO, 2006).

Sigortalanan kişi veya aile üyesi (eş, 18 yaşına kadar veya daha uzun süren okul veya meslek öğrenimi yaparak

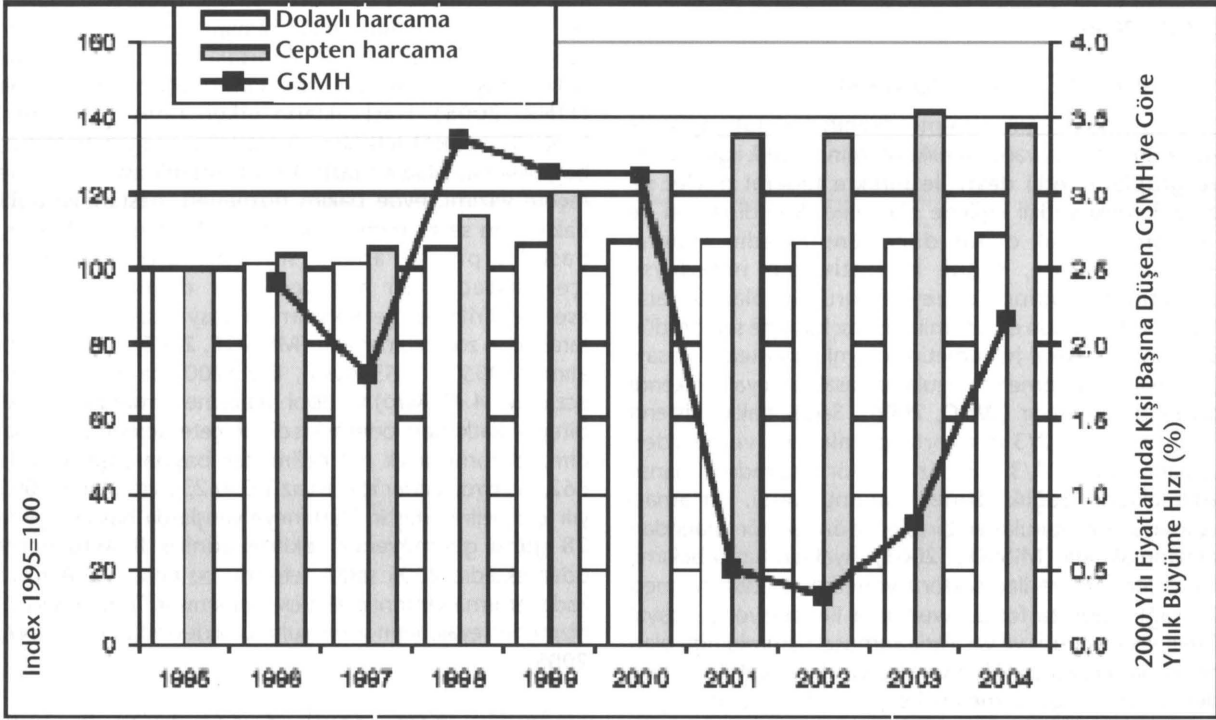
27 yaşını bitirene kadar çocuklar ve torunlar) sigorta kapsamındadır. Aranan şartlar: aynı evde yaşamak, ikametinin Avusturya'da olması ve aile üyesinin kanunen bir hastalık sigortasına bağlı olmamasıdır. Gerekliğinde sosyal sağlık sigortası ile sigortalananlar yasal olarak belirlenmiş hizmetlerden yararlanma hakkı bulunmaktadır (LINZ, 2005). Hastalıkların erken tanısı için genel kontroller, genetik tetkikler, prenatal tanı, sitogenetik testler, bağışıklama, yılda en fazla 4 invitro-fertilizasyon, tanı ve reçete yazımı, evde bakım hizmetleri, hastaneye tıbbi bakım için sevk edilmesi, acil durumlar, hastane bakımı, hastalık parası, analık sigortası gibi hizmetleri içermektedir. Bir kaç ayrıcalık dışında sağlığın esenlendirilmesi ve korunması sosyal sigorta fonları tarafından zorunlu değildir (MISSOC, 2005). Vizite kağıdı alımı (2005'te 3.63 Avro), ilaç (2005'te her ilaç için eczaneye 4.45 Avro) ve tıbbi malzeme alımında sigortalı bireyler katkı payı ödemektedir. Reçete ücretinden muaf olma durumu aylık net gelirin tek başına yaşayanlarda 662.99 Avro, çiftler için en az 1 030.23 Avro olarak 2005 yılı için belirlenmiştir. Hastaneye yatışlarda hastalar yılda 28 günü geçmeyecek şekilde günlük 8 Avro ücret ödemektedir. 2005 sağlık reformu bu ücreti 10 Avro'ya kadar artırma kararını eyaletlere bırakmıştır. Toplum sağlığı hizmetleri eyaletlerin sorumluluğuna devredilmiştir (LINZ, 2005).

Avusturya'da lisanslı 2 221 kamu eczanesi bulunmaktadır. Resmi izin ile 1 000 hekim özel kliniklerde küçük eczaneler işletebilmektedir. Ayrıca 50 adet hastane eczanesi bulunmaktadır. Gece, hafta sonu veya tatil gününde eczane hizmetinden faydalanma durumunda gündüz veya gece olmasına göre ek ücret (2005'te gündüz 1.20 Avro ve gece 3.60 Avro) ödemek gerekmektedir. Bu haklar yanında sağlık sigorta fonları bireylerin durumlarına göre çeşitli düzeylerde örneğin; koruyucu sağlık hizmetleri ve özellikle de ek ödemelerden muafiyet içeren ek sigorta yapabilmektedirler (WHO, 2006; LINZ, 2005).

Sağlık harcamalarının yüzde 25'i federal hükümet, eyaletler ve yerel yönetimler tarafından vergilerle finanse edilmektedir. Bunun yüzde 10'u uzun süreli bakım (long-term care) nakit yardımı için alınan vergilerden oluşmaktadır (WHO, 2006). 8 milyonluk nüfustan 500 000 kişi uzun süreli bakım hizmeti, 355 000 kişi nakit yardımı almaktadır (MISSOC, 2005).

1970 yılına göre toplam sağlık harcamaları 13 kat artış göstermiştir. Hastane bakımı (2.9 milyar Avro), ayaktan hasta bakımı (2.9 milyar Avro) ve ilaçlar (2.2 milyar Avro) olmak üzere 3 kalemden özellikle gözlenmiştir. 2003 yılında toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 29.9'u özel sektöre (kamudan özele yüzde 20.7, özelden özele yüzde 9.2) aktarılmıştır. Bu harcama kalemi 2004 yılında yüzde 25 olarak gerçekleşmiştir. Bireyler (private households) sağlık harcamalarının yüzde 13.5'ini dolaylı maliyet paylaşımı (katkı payı ve hizmet başı ödeme - indirect cost sharing) ve yüzde 7.6'sını doğrudan maliyet paylaşımı (cepten ödeme - direct cost sharing) ile ödemiştir. Ayrıca yüzde 2.4'ü özel sağlık sigortası, yüzde 1.4'ü özel kar amacı

Grafik 1. 2000 yılındaki kişi başı GSMH'ya göre 1995 – 2004 yılları arasındaki cepten harcamaların değişimi



Kaynak: WHO, 2006

taşımayan kuruluş ve yüzde 0.2'si işçiler tarafından (işyeri hekimi ücreti) da karşılanmıştır. Dolaylı maliyet paylaşımı ödemelerinin yüzde 53'ü temel olarak özel sağlık sigortası kapsamıyla hastaneler, yüzde 30'u dış tedavisine harcanmıştır. Doğrudan maliyet paylaşımı geçmiş yıllarda artış göstermiş ve sosyal sağlık sigortası tarafından sağlanan hemen hemen tüm hizmetleri etkilemiştir (Grafik 1). Ancak, özel ayaktan bakım yapan kliniklerin 2001 yılındaki hizmet bedeli alma uygulaması 2005 yılında uygulama çok fazla maliyet getirmediği ve oldukça önemli dirençle karşılaştığı için geri çekilmiştir. 2004 yılında cepten ödemelerin yüzde 47'si sözleşme yapmayan hekimlerden hizmet almaya, yüzde 19'u ilaç parasına ve yüzde 18'i tıbbi sarf malzemelerine gitmiştir. Sosyal koruma gereksinimindeki kişiler ile kronik hastalığı olanlar ilaç katkı payı ödemesinden muaf tutulmuşlardır. Ayrıca, her bir sigorta fonu muaf olarak belirleyecekleri ek hizmetler için kendi rehberlerini oluşturmuştur. Nüfusun yüzde 12'si doğrudan maliyet paylaşımı dışında tutulmuştur (WHO, 2006).

2004 yılında, Avusturya sağlık bakımına 23 milyar Avro harcamıştır. Gayri Safi Milli Hasıla'nın (GSMH) yüzde 9.6'sını oluşturmaktadır (OECD ECO, 2005; OECD, 2005; WHO NHA, 2005). Toplam sağlık harcamalarının yüzde 10'ununu oluşturan uzun süreli bakım hizmeti bu yüzde dışında tutulduğunda yüzde 8.7 olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. 2003 yılına göre (yüzde 7.5 GSMH ve kişi başı sağlık harcaması 2 257 ABD Doları) 2 951 ABD Doları harcama ile daha fazla sağlık harcaması yapılmıştır. 2004 yılında tüm sağlık sigorta fonları 253 milyon Avro

açık vermiştir. Toplam sağlık harcamaları yıllara göre artış göstermektedir (WHO, 2006) (Tablo 1, 2).

FİNANSAL KAYNAK SAĞLANMASI

Kamu ve kar amacı taşımayan fon hastaneleri acil yatış durumlarında yetkilendirilmiştir ve tüm vatandaşlara hizmet vermek zorundadır. Ayrıca ameliyat giderlerinin ödemesini sübvansane etme hakkına sahiptir. 2004 yılında bu hastanelerin harcamaları 8.5 milyon Avro'yu bulmuştur. Bunun yüzde 40'ı sosyal sağlık sigorta fonlarından, yüzde 7.4'ü özel sigortadan ve yüzde 3'ü cepten ödemelerden ve katkı paylarından olmuştur. Toplam harcamalar ayrıca genel bütçeden (yüzde 7.1), eyalet (yüzde 1.9) ve yerel yönetimler (yüzde 1.3) tarafından da finanse edilmiştir. Ayrıca yüzde 40'ı eyalet yönetimleri ve özel kar amacı taşımayan kuruluşlar gibi kamu hastaneleri sahiplerinden sağlanmaktadır. 1997'den beri kamu hastanelerinde yatan hasta ödemeleri performans dayalı olarak yürütülmektedir. Ulusal tek tip tanıya dayalı paket fiyat temelinde ve her eyaletin kendi özelliklerine göre değişik fon kontrol alanları (fund control area) bulunmaktadır (WHO, 2006; OECD ECO 2005).

Ayaktan hasta bakım hizmeti ödemesi zorunlu olarak sigorta katılımı, ek özel sağlık sigortası primleri ve cepten ödemeler ile olmaktadır. Özel muayenehanede çalışan hekim ödemesi temelde, ameliyat gideri ve muayene girişimlerini karşılayacak düzeydedir. Eyalet düzeyinde hekim birlikleri sözleşme ile çalışan hekimlerin ücretlerini Avusturya Sosyal Sigorta Enstitü Federasyonu ile görüşmeleri sonucu yıllık olarak belirlenmektedir. Bu ücret,

Tablo 1. 1970 – 2033 yılları arası sosyal sağlık sigortası harcamaları (milyon Avro)

	1970	1980	1990	2000	2003	1970 yüzdesi	2003 yüzdesi
Sigorta harcaması	806	2 663	4 988	9 484	10 415	93.3	94.1
Ayaktan tedavi hizmeti ve benzer hizmetler	218	729	1 390	2 474	2 730	25.2	24.7
İlaçlar	143	405	716	1 980	2 341	16.6	21.1
Tedavi yardımları	12	52	129	204	228	1.3	2.1
Dış tedavisi ve protez	61	243	432	685	694	7.1	6.3
Hastane veya vakıflarda yatış	189	760	1 588	2 778	3 039	21.8	27.4
Evde bakım hizmeti	0	1	2	9	10	0.0	0.1
Hastalık yardımı	95	181	239	417	376	11.0	3.4
Analık yardımı	48	151	275	419	445	5.6	4.0
Tıbbi rehabilitasyon	-	-	-	172	198	-	1.8
Sağlığın esenlendirilmesi, korunması, hastalıkların erken tanısı	15	55	118	139	143	1.7	1.3
Cenaze hizmetleri	14	42	9	0	0	1.6	0.0
Ulaşım harcamaları ve nakil bedelleri	11	43	91	151	157	1.3	1.4
Diğer hizmetler	-	-	-	55	55	-	0.5
İdari ve faturalandırma harcaması	42	130	221	366	327	4.9	3.0
Diğer harcama	15	137	125	230	329	1.8	3.0
Toplam harcama	863	2 930	5 334	10 081	11 072	100.0	100.0

Kaynak: Federation of Austrian Social Insurance Institutions, 1970 – 2004 (41); IHS HealthEcon calculations, 2005 (<http://www.ihs.ac.at>).

bireysel sağlık sigorta fonları tarafından karşılanmaktadır. Ödeme şekli, hizmet genişliği, hizmet sunabilme gücü üzerinden anlaşma yapılmaktadır. Sözleşme imzalayan hekim temel hizmetler için kişi başı ödeme, bunun dışındaki hizmetler için hizmet başı ödeme yapılmaktadır. Bu ödeme kalemleri uzmanlığa, eyalete ve sağlık sigorta fonunun tipine göre değişmektedir. Ayaktan hasta bakım hizmetlerinin akılcı kullanımı sağlık sigorta fonlarının görevlendirdiği danışman hekimler (head physicians) tarafından denetlenmektedir (WHO, 2006).

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

Toplum sağlığı hizmetleri ilgili görevleri yerel yönetimlere veya idari bölgelere devredilerek eyaletlerin sorumluluğundadır. Toplum sağlığı hizmetleri sağlık kayıtları, çevre sağlığı, ana-çocuk sağlığı ve okul sağlığını içermektedir. Gençlerin ve yetişkinlerin sağlık taramaları sosyal sağlık sigortası tarafından finanse edilmektedir. 2005 yılında sağlığın esenlendirilmesi ve korunması eyalet sağlık fonları ve sektörler arası işbirliği ile sağlık platformlarının bir alt görevi (subtask) olarak tanımlanmıştır. Toplum sağlığı hizmetleri 30 000 – 60 000 kişinin yaşadığı bölgede kamuda çalışan hekimler tarafından verilmektedir. Koruyucu hizmetler kapsamında aşılama, epidemilerden korunma ve kontrolü, tüberküloz gibi hastalıklardan korunma, sağlık istatistikleri, toksikolojiyi de içeren çevre sağlığı hizmetleri, psikososyal hizmetler, sosyal hizmetler ve danışma merkezleri, okul sağlığı, danışmalık, sağlığın esenlendirilmesine katılım gibi hizmetleri içermektedir (WHO, 2006).

Birinci ve ikinci basamak ayaktan bakım hizmetleri serbest çalışan hekimlerce verilmektedir. Sağlık sigortasına sahip bireyler çoğunluğu tek başına çalışan ayaktan bakım hizmet sektöründeki hekim serbestçe seçebilmektedir. Her uzmanlık dalından hekim muayenehane açabilmektedir. Genel pratisyenler özellikle kapı tutucu rolleriyle tıbbi bakım ve sevkleri sağlamaktadır. Ayaktan bakım klinikleri de bulunmaktadır. Genellikle hastalar, ikinci basamak ayaktan bakım hizmetleri ile dış sağlığı hizmetlerine doğrudan gitmektedirler (WHO, 2004; WHO EUROPE, 2004). Sigortalı kişi istediğinde üç ayda bir hekim değiştirilebilmektedir. Süre dolmadan başka bir hekime başvurma durumunda sigorta kurumu ödeme yapmamaktadır (LINZ, 2005). Ayrıca, özel klinikler ve hastane poliklinikleri de ayaktan bakım hizmeti vermektedir (WHO 2004; WHO 2006). 2003 yılında 19 209 serbest çalışan hekimden sadece yüzde 43'ü sağlık sigorta fonları ile sözleşme imzalamıştır. Yüzde 58'i sözleşme yapmadan çalışmaktadır. Sigortalı bireyler sözleşme yapmayan hekime başvurduklarında muayene ücretinin beşte dördünü (bu bedel sigorta şirketlerinin sözleşmeli hekimlere ödedikleri ücret) ödemek zorundadır (WHO, 2006). 2002 yılında kişi başı hekime başvuru sayısı 6.8 / yıldır (WHO, 2004).

Hastaneler (fon hastaneleri) kamu yasalarına uymak ve bakım sağlama ve hasta kabul etmek zorundadır. Araştırma, geliştirme ve harcamalar kamu kaynaklarına sübvansede edilmektedir. 2003 yılında, her 1 000 kişiye 6.0 yatak düşerken, AB'nin (4.2) üzerindedir. Ayrıca Avusturya en fazla hastane yatışı yapan ülkedir (100 kişiden 28.4'ü).

Tablo 2. 1970 - 2004 yılları arası sağlık harcamalarındaki değişim

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004
Kamu sağlık harcaması Miktarı (milyon Avro)	987	3 921	6 978	13 822	14 287	14 853	15 330	16 091
2000 yılı GSMH miktarı (milyon Avro)	2 955	6 648	8 370	13 822	14 049	14 407	14 642	15 135
GSMH içindeki yüzdesi	3.3	5.5	5.2	6.6	6.6	6.7	6.8	6.8
Toplam sağlık harcaması içindeki yüzdesi	63.0	68.8	73.5	69.9	69.5	70.5	70.3	70.7
Özel sağlık harcaması Miktarı (milyon Avro)	550	1 776	2 514	5 963	6 271	6 204	6 472	6 679
2000 yılı GSMH miktarı (milyon Avro)	1 735	3 011	3 015	5 963	6 166	6 017	6 181	6 282
GSMH içindeki yüzdesi	2.0	2.4	1.9	2.8	2.9	2.8	2.9	2.8
Toplam sağlık harcaması içindeki yüzdesi	37.0	31.2	26.5	30.1	30.5	29.5	29.7	29.3
Toplam sağlık harcaması Miktarı (milyon Avro)	1 488	5 697	9 491	19 786	20 559	21 057	21 802	22 770
2000 yılı GSMH miktarı (milyon Avro)	4 691	9 659	11 386	19 786	20 215	20 424	20 823	21 417
GSMH içindeki yüzdesi	5.3	7.6	7.1	9.4	9.5	9.5	9.6	9.6
Not								
GSMH miktarı (milyon Avro)	28.2	74.7	133.6	210.4	215.9	220.7	227.0	237.0
2000 yılı GSMH miktarı (milyon Avro)	91.4	130.3	163.5	210.4	212.3	214.1	216.8	223.0
Kamu harcaması miktarı (milyon Avro)	-	38.3	70.9	108.2	109.7	111.8	114.8	118.3
2000 yılı GSMH'da kamu harcaması (milyon Avro)	-	64.9	85.0	108.2	107.8	108.5	109.6	111.2

Kaynak: OECD Health Data, 2005 (7); Health care expenditure 2000 - 2004; IHS HealthEcon calculations, 2006 (<http://www.ihs.ac.at>); Statistics Austria, February 2006.

AB'nin 6.9 gününe karşılık Avusturya'da hastane yatış süresi 6.4 gündür. Yatak kullanım kapasitesi yüzde 76.2'dir (WHO, 2006). Avusturya'da 1988 yılında 1 milyon nüfusa 1 Manyetik Rezonans düşerken, 2004 yılında 15'e çıkmıştır. Bu sayı OECD ortalaması olan 8'den fazladır (OECD, 2006).

1993 yılındaki uzun süreli bakım hizmetinin yasalaşması ile Avusturya demografik değişimlere göreceli erken yaklaşım göstermiştir. Uzun süreli bakım federal hükümet bütçesinden karşılanmakta ve bireylerin gereksinimlerine göre 7 düzeyde nakit olarak yardım yapılmaktadır. Düzeyler bazal bir nakit yardım üzerine uzun süreli bakım gereksiniminin süresine göre artış göstermektedir (WHO, 2006; MISSOC 2005).

2006'dan itibaren Avusturya Sağlık ve Gıda Güvenliği Ajansı'ndaki Sağlık Bakımında Güvenlik Federal Büro'sunun PharmMed Austria bölümü tarafından ilaçlara lisans verilmektedir. Avusturya Sosyal Sigorta Enstitüsü Federasyonu lisanslı ilaçların ödemeleri 2004'e kadar ilaç ödemelerinde karar verici mekanizma kasa sistemine (box system) bağlı olarak sağlanmaktayken; sosyal sigortalar fonundan ödeme kararı almıştır (WHO, 2006).

SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

2004 yılında kişi başına düşen hekim sayısı AB'nde 3.5/1 000 kişi iken, Avusturya'da da 3.5'tir. 1980 yılı ile karşılaştırıldığında ise hekim ve diş hekimi neredeyse ikiye katlanmıştır. Eyaletler arası hekim dağılımı değişiklik göstermektedir. Hemşire sayısı da 1980 yılından 2003 yılına kadar ikiye katlanmıştır (6/1 000 kişi). Ancak 2003 AB ortalamasının hala altındadır (7.3). 1970 yılında 546 kişiye 1 hekim düşerken 2003 yılında ise 218 kişiye 1 hekim düşmüştür (Tablo 3). 4 037 diş hekiminden 2 903'ü (yüzde 71.9) bir veya daha fazla sağlık fonu ile sözleşmeli olarak çalışmaktadır. 2 796 kişiye bir diş hekimi düşmektedir. Diş bakımı sağlık sigortası kapsamındadır ve toplam sağlık harcamalarının yüzde 6.3'ü diş tedavi ve protezlerine gitmektedir (WHO, 2006).

Tablo 3. 2003 yılı sağlık personeli göstergeleri

Gösterge	2003 yılı
Hekim sayısı	27 413
1000 nüfusa düşen hekim sayısı	3.38
Hemşire sayısı	76 161
1000 nüfusa düşen hemşire sayısı	9.38
Ebe sayısı	1 671
1000 nüfusa düşen ebe sayısı	0.21
Diş hekimi sayısı	4 037
1000 nüfusa düşen diş hekimi sayısı	0.50
Eczacı sayısı	4 869
1000 nüfusa düşen eczacı sayısı	0.60

Kaynak: Core Health Indicators from WHO sources, including 'World Health Statistics 2006' and 'The World Health Report, 2006 Edition'.

SAĞLIK REFORMLARI

Avusturya'da 1990 yılından itibaren sağlık reformları adı altında yeniden yapılanmaya gidilmiştir. Sağlık reformları birincil olarak maliyeti kontrol altına alma, kaynakların planlanması, ilgili kişilerle iletişim ve finansal akışın düzenlenmesini geliştiren idari yapısal reformlarla ilgilenmektedir (WHO, 2001; WHO, 2006).

2001 yılından sonra kamu hastaneleri özel hastane yönetim sistemi tarafından yönetildikleri için kamu malı olmalarına rağmen özel olarak sınıflandırılmıştır. Bunun sonucu olarak kamu harcamalarının yüzde 3 - 4'ü özel sektöre kayış göstermiştir. 2002 yılında acil hastane bakım yönetsel özelleştirmesi (acute hospital care sector organizational privatization) gerçekleştirilmiştir. Hizmet ve ilaçların sosyal sağlık sigortası tarafından ödenmesi sağlık teknolojisi değerlendirmeye (health technology assessment) bağlantılandırılmış, çok az sayıda hizmet kapsamdan çıkarılmıştır. Aynı zaman da uzun süreli bakım, psikoterapi, koruyucu hizmetler ve toplum tabanlı uzun süreli bakım hizmet kapsamına alınmıştır (WHO, 2006).

Vergi temel olarak değişmemesine rağmen, ek vergiler arttırılmış ve bazı grupların katılım payları belirli düzeye getirilmiştir. Kalite güvencesi gereksinimi artmış, hasta hakları gerek sağlık meslek birlikleri gerekse hasta ombudmanları tarafından güçlendirilmiştir (WHO, 2006).

SONUÇ

Son 25 yılda Avusturya sağlık sisteminde ilgili kurum ve gruplara harcamalarda maliyeti kontrol almada zorluk yaşamalarına karşın, uluslararası sağlık bakım hizmetlerinin kapsayıcılığını artırarak başarılı olduklarını belirtmektedirler (WHO, 2006). Ancak 2001 yılında 148 milyon Avro'luk açık veren sigorta kurumlarının, 2007'de 400 milyon Avro açık vereceği ön görülmektedir. Sigorta kurumlarının açıkları son yıllarda primlerin artması, verilen hizmetin sınırlandırılması ve ek ödemelerin miktarının artmasına rağmen giderek büyümektedir. Yeni düzenlemelerin gerekeceği belirtilmektedir.

En önemli yapısal değişim ise hastane sektöründe gerçekleşmiş, para akışı, karar verici mekanizmalar ve gelirler yeni yasalarla düzenlenmiştir (WHO, 2001).

Tedavi için bekleme süreleri toplum içinde nadir olarak konuşulur duruma geldiği söylenmektedir. Fakat eyaletler ve hatta kır-kent ayrımında kaynak yapısında eşitsizlikler bulunmaktadır. Son 15 yılda doğuştan beklenen yaşam süresi ve bir çok sağlık göstergesi belirgin iyileşme göstermiştir. Uluslar arası karşılaştırmada toplumun sağlık bakım hizmetlerinden memnuniyet düzeyi artış göstermektedir. Hastane bakımı lehinde yaratılan sektörel parçalanma Avusturya sağlık sisteminin zayıf alanıdır. Sektörel sınırlılıklar nedeniyle yönetsel ve finansal engeller ayaktan / yatarak hasta bakımı, akut / uzun dönem bakım hizmetleri arasında gereksinimlere odaklı yapıyı oluşturmamaktadır (WHO, 2006).

KAYNAKLAR

- Federation of Austrian Social Insurance Institutions.** 1970-2004 (41).
- IHS.** (2006). HealthEcon calculations,(<http://www.ihs.ac.at>).
- IHS.** (2005). HealthEcon calculations, 2005 (<http://www.ihs.ac.at>).
- LINZ.** (2005). AuslanderInnen – Integrationsbüro der Stadt Linz. Linz'de sağlık URL: http://www.linz.at/images/TUERKISCH_neu_low.pdf Erişim tarihi: 25.12.2006
- MISSOC.** (2005). Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA (MISSOC) – Austria URL: http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_en.htm Erişim tarihi: 25.12.2006
- OECD.** (2005). OECD. Health at a glance 2005 URL: http://www.oecd.org/document/11/0,2340,en_2825_495642_16502667_1_1_1_1,00.html Erişim tarihi: 25.12.2006
- OECD.** (2006). OECD Health Data 2006 How Does Austria Compare URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/27/7/36972401.pdf> Erişim tarihi: 25.12.2006
- OECD DATA.** (2005). OECD urges Austria to do more to encourage older people to work longer URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/60/22/35312992.pdf> Erişim tarihi: 25.12.2006
- OECD ECO.** (2005). Economic Survey Of Austria 2005: Fragmented Decision Making Needs To Be Reduced This is an excerpt of Chapter 3 in the OECD Economic Survey of Austria, 2005, URL: www.oecd.org/eco/surveys/austria Erişim tarihi: 25.12.2006
- OECD.** (2005). Health Data, (7); Health care expenditure 2000 – 2004.
- Statistics Austria.** February 2006.
- WHO.** (2001). The European Observatory on Health Systems and Policies. Hofmarcher MM, Rack H. Health Care Systems in Transition Austria 2001 URL: <http://www.euro.who.int/document/e72787.pdf> Erişim tarihi: 25.12.2006
- WHO.** (2004). Europe. Highlights on health in Austria 2004 URL: <http://www.euro.who.int/document/E88543.pdf> Erişim tarihi: 25.12.2006
- WHO.** (2006). The European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition (HIT) profile on Austria 2006. URL: <http://www.euro.who.int/Document/E89021sum.pdf> Erişim tarihi: 25.12.2006
- WHO EUROPE.** (2004). The European Observatory on Health Systems and Policies. Snapshot of Health Systems. The state of affairs in 16 countries in summer 2004 - Austria edited by Susanne Grosse-Tebbe and Josep Figueras URL: <http://www.euro.who.int/document/e85400.pdf> Erişim tarihi: 25.12.2006
- WHO NHA.** (2005). National health accounts, Austria. URL: <http://www.who.int/nha/country/aut/en/> Erişim tarihi: 25.12.2006