

Jelentés Németország szociális helyzetéről 2013-ban –
Datenreport 2013 (1. rész)

Kiadta: Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für
Sozialforschung (WZB), Abteilung Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)
am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin),
Bundeszentrale für politische Bildung (BpB)
(megj.: 2013. november 26.)

8. Egészségügy és szociális biztonság:

***Karin Böhm: A lakosság egészségi állapota
és az egészségügyi ellátás erőforrásai***

8. 1. 1 Diagnózisok és kórházi ellátás:

Diagnózisok:

A kórházi diagnózisok statisztikája szerint 2010 és 2011 között a kórházi kezelésben részesülő nők száma 237.300 fővel (2,5%-kal), a férfiaké (az egészséges újszülöttek száma nélkül) 839.900 fővel (10,7%-kal) növekedett. 2010 és 2011 között a kezelési esetek standardizált száma összesen 0,6%-kal csökkent. A kezelési esetek száma a nők körében 1,5%-kal, 100.000 lakosra kivetítve 21.700 fővel, a férfiaké konstans maradt: 100.000 lakosra kivetítve 18.000 kezelési eset.

A kórházi kezelés leggyakoribb oka 2011-ben a keringési rendszer megbetegedéseivel függött össze: 2,8 millió eset, az összes eset 15%-a. 2001-hez viszonyítva az esetszám nem változott. Második helyen állnak a sérülések, mérgezések és egyéb külső okok: 1,9 millió eset, az összes eset 10%-a; 2001-hez viszonyítva azonban ezek száma csaknem 14%-kal növekedett. Harmadik helyen a daganatos megbetegedések állnak (egyebek között rákos megbetegedések): 1,9 millió eset, az összes eset 10%-a; az esetszám 7%-kal csökkent.

Az esetszám növekedése tekintetében az alábbi sorrend alakult ki: »a perinatális periódusban gyökerező bizonyos állapotok« 60% (2001: 109.300 eset; 2011: 175.000 eset), »fertőző és parazitás megbetegedések« 58%, »máshol nem klasszifikált szimptomák és abnormális laborleletek« 55%, »az izom-csontrendszer és a kötőszövet megbetegedései« 32%, Az esetszám »az egészségi állapotot befolyásoló és az egészségügyi rendszer igénybevételét fokozó tényezők«-nél viszont 53%-kal, »a szem- és szemkörnyék megbetegedései«-nél 18%-kal csökkent.

Műtétek és orvosi kezelések:

Az esetátalányokon alapuló kórházstatisztika adatai szerint a 2011-ben fekvőbeteg kórházi ellátásban részesített betegek közül 49 millió esetben kerül sor műtetre vagy egyéb orvosi beavatkozásra, ami az előző évhez viszonyítva

4%-os növekedésnek felel meg. Egy-egy kórházi esetre 2,8 ilyen jellegű eljárás jutott. A műtétek és orvosi beavatkozások száma a férfiaknál minden korcsoportban magasabb volt, mint a nők körében.

Amennyiben az adott eljárásokat a műtéti lista („műtétek és procedúrák kódja”) egyes fejezetei szerint differenciáljuk, első helyen a műtétek (31%; 15,4 millió jelölés), második helyen a nem műtéti jellegű terápiás eljárások (26%; 13,1 millió jelölés), harmadik helyen a diagnosztikai eljárások (20%; 9,8 millió jelölés) álltak.

A 2011-ben végzett műtétek sorrendje: mozgásszerveken végzett műtétek (4,4 millió), az emésztőtraktuson végzett műtétek (2,3 millió), valamint a bőr- és alhám-műtétek (1,2 millió).

Nőknél a leggyakoribb beavatkozások: a nemi szervek ruptúra/gátszakadás utáni rekonstrukciója (248.500 eset), egyéb bélműtétek (193.700 eset), valamint a császármetszés (192.900 eset).

Férfiaknál a leggyakoribb műtétek: kizáródott lágyéksérv (158.100 eset), bélműtétek (149.800 eset), valamint az ízületi porcon végzett arthroszkópiás műtétek (149.400 eset).

8. 1. 2. Súlyos fogyatékoság és ápolásra szorultság:

Súlyos fogyatékoság:

A gondozóközpontoknál 2011-ben 7,3 millió hivatalosan elismert súlyos fogyatékosággal élő, érvényes igazolvánnyal rendelkező személyt tartottak nyilván, ami a lakosság 9%-a. Ennek 51%-a férfi volt.

A súlyos fogyatékkal élő személyek többsége időskorú: 29%-a 75 év fölötti, 46%-a 55 és 74 év közötti. Ezzel szemben az arány a 25 év alattiak körében 4%.

A súlyos fogyatékosá válás valószínűsége az életkorral arányosan növekedik. Miközben a 25 és 34 év közöttiek 2%-a volt súlyos fogyatékkal élő, a 80 év fölöttiek korcsoportjában minden harmadik személy rendelkezett súlyosan fogyatékos igazolvánnyal. Elsősorban az 55 év fölöttiek korcsoportjában a súlyos fogyatékkal élő férfiak száma meghaladta a nőké.

A fogyatékosá válás többnyire valamilyen megbetegedéssel függ össze (az esetek 83%-a). Az esetek 4%-ánál a fogyatékoság veleszületett volt, 2%-ánál balesetből vagy foglalkozási megbetegedésből származott. További 1% háborús, katonai vagy polgári szolgálatban elszenvedett tartós károsodás miatt vált fogyatékosá. A fennmaradó 10%-nál egyéb, több vagy nem eléggé körülírt okról van szó.

A súlyos fogyatékkal élő személyek körében leggyakoribb a testi fogyatékoság (62%): 25%-nál a belső szervek érintettek, 13%-nál a végtagok, 12%-nál a gerinc vagy a törzs működése korlátozott. Az esetek 5%-a vak vagy látássérült, 4%-a hallássérült, egyensúlyi vagy beszédzavarokban szenved.

Az esetek 11%-ánál szellemi fogyatékoság, 9%-ánál cerebrális zavar áll fenn. A fennmaradó 18%-nál a fogyatékoság okát nem közölték.

Ápolásra szorultság:

Németországban 2011 decemberében az ápolásra szoruló személyek száma 2,5 millió volt. Ezek 83%-a 65 éves vagy annál idősebb, 36%-a 85 évnél is idősebb volt. Elsőprő többségük (65%) nő volt.

Az ápolásra szoruló személyek száma 1999. óta folyamatosan növekedik: 1999-ben 2,0 millió, 2011-ben 2,5 millió volt. A növekedés összefügg a lakosság elöregedésével: a 80 évesek és annál idősebbek száma 1999-ben 2,9 millió, 2011-ben már 4,4 millió volt. A 70 és 74 év közöttiek körében még csak minden huszadik (5%) szorult ápolásra. Ezzel szemben a 90 év fölöttiek 58%-a ápolásra szorul. A 80-ik életévet követően a nők körében gyakoribbá válik az ápolásra szorultság, mint a férfiaknál. A 80 és 89 év közötti nők körében az ápolásra szoruló aránya 42%, míg a férfiaknál mindössze 29%.

2011 decemberében az ápolásra szorulóknak több mint kétharmadát (70%; 1,76 millió) otthonában ápolják. Ezek közül 1.182.000 ápolásra szoruló személy kizárólag pénzügyi ellátásban részesült, ami azt jelenti, hogy ápolásukat hozzátartozóik végezték. További 576.000 ápolásra szoruló személy ugyancsak privát háztartásokban élt. Esetükben az ápolást ambuláns ápolási szolgáltatókkal közösen, vagy teljes mértékben a szolgáltatók végezték. Kereken 743.000 (30%) ápolásra szoruló személyt intézményben gondoztak.

Szövetségi szinten 2011 decemberében kereken 12.400 engedélyezett, teljeskörű, illetve részben teljeskörű bentlakásos ápolást nyújtó intézmény működött. Egy-egy ápolási otthonban átlagosan 64 ápolásra szoruló személyt láttak el. Az ápolási otthonok többsége (10.700) teljeskörű bentlakásos tartós ápolást nyújtott.

Az ápolási intézmények személyi ellátottsága:

Az ápolási otthonokban foglalkoztatottak száma 661.000; ezek 61%-a részmunkaidős, 85%-a nő volt. A foglalkoztatottak többségének (66%) fő tevékenységi területe az ápolás és gondozás. Az ápolószemélyzet többsége betegápolói és idősápolói szakképzettséggel rendelkezik. Az ápolás és gondozás területén működők közül csaknem minden második (45%) idősápolói (33%), betegápolói (12%), vagy betegápolói és gyermekápolói (1%) szakképzettséggel rendelkezett.

A 2011 decemberében működő, összesen 12.300 engedélyezett ambuláns ápolási szolgálatnál 291.000 személy dolgozott. Ezek 70%-a részmunkaidőben dolgozott, 88%-a nő volt. A személyzet működésének fő területe az alapápolás volt. A foglalkoztatottak kétharmada (70%) ezen a területen működött.

8. 1. 3. Halálokok:

Általános halálozás:

Az ún. általános halálozás 1990 és 2011 között folyamatosan csökkent. A 100.000 lakosra jutó korspecifikus standardizált halálozási szám 1.127-ről (1990) 721-re (2011) csökkent (36%). A csökkenés a nők körében 41%, a férfiak

körében 36% volt. 2011-ben a nők körében a 100.000 lakosra jutó halálozási szám 744, a férfiak körében 651 volt.

A leggyakoribb halálok (egyedi diagnózis) mind a férfiak, mind a nők körében az ischémias szívbetegség volt. Ez 2011-ben 70.600 személy (33.500 férfi és 37.100 nő) halálát okozta. A tíz leggyakoribb halálok közül öt a szív- és érrendszeri megbetegedések körébe sorolható. 2011-ben ezek együttesen 90.000 férfi és több mint 120.000 nő halálát okozták.

További fontos halálokok a rákos megbetegedések (rosszindulatú daganatok). A férfiak körében a hörgők és a tüdő, a prosztatata és a vastagbél rosszindulatú daganatai 52.000 halálesetet, a nők körében az emlőmirigy (mellrák), a hörgők és a tüdő, valamint a vastagbél rosszindulatú daganatai 41.000 halálesetet okoztak.

A halálozás alakulása:

Bizonyos betegségcsoportoknál a halálozás az 1990 és 2011 közötti időszakban csökkent: az érrendszeri megbetegedéseknél 52%-kal, a rákos megbetegedéseknél 20%-kal. Ezzel szemben erőteljes növekedés tapasztalható a pszichés zavaroknál (74%), bizonyos fertőző és parazitas megbetegedéseknél (58%), valamint az idegrendszeri és érzékszervi megbetegedéseknél (28%).

A külső okok (sérülések, mérgezések) miatti halálozás a vizsgált időszakban 43%-kal csökkent. A nők körében 100.000 lakosra 23,2 haláleset, a férfiakra 41,0 haláleset jutott. Abszolút számokban kifejezve ez azt jelenti, hogy 2011-ben összesen 33.000 személy (20.200 férfi és 12.800 nő) vesztette életét sérülések és mérgezések következtében.

Az öngyilkosságok ugyancsak a „külső okok” csoportjába tartoznak: 2011-ben kereken 10.100 személy vetett véget önkezelésével életének. 1990-ben még 13.900 eset fordult elő. 2011-ben a férfiak aránya az öngyilkosságot elkövetők körében 75% volt.

Idő előtti halálozás:

Az idő előtti halálozás a 65-ik életévüket megelőzően elhalálozottak halálozási számát jelöli. A szakirodalomban ezt az indikátort „*elvesztett potenciális élettartam*”-nak (*Potential Years of Life Lost – PYLL*) nevezik. Az 1990 és 2011 közötti időszakban az adatok szerint pozitív fejlemények következtek be. Az idő előtti halálozás összesen 25%-kal, 100.000 lakosra kivetítve 183 esetre csökkent. Az idő előtti halálozási szám a férfiak körében 224, a nők körében 135 volt.

Halálozáskori életkor:

2011-ben a halálozáskori életkor átlagosan 77,4 év volt. Németországban a nők átlagosan 80,8-ik életévükben, a férfiak 73,7-ik életévükben haláloznak el. Az 1990 és 2011 közötti időszakban a halálozáskori életkor kereken 3,4 évvel emelkedett. A régi és az új szövetségi tartományok közötti különbség ebben a tekintetben csekély: a régi tartományokban 77,5 év, az új tartományokban 77,0 év. Az 1990 és 2011 közötti időszakban a halálozáskori életkor az új

tartományokban (+ 6,1 év) erőteljesebben növekedett, mint a régi szövetségi területen (+ 4,3 év).

Csecsemőhalálozás:

A csecsemőhalálozás az 1990-es évek óta megfeleződött: 2011-ben 1.000 élveszülésre 3,6 halálest jutott.

A fiúk túlélési esélyei csekélyebbek a lányokénál: fiúknál 4,0, lányoknál 3,3 halálest fordult elő. 2011-ben 2.408 csecsemő halálozott el első életévében: ezek közül 1.347 fiú és 1.061 lány. Az 1990 és 2011 közötti időszakban a csecsemőhalálozás 62%-kal csökkent: a fiúk körében a csökkenés nagyobb mértékű volt, (– 64 %), mint a lányok körében (– 60 %).

8. 1. 4. Kórházi ellátás:

A kórházak felszereltsége:

2011-ben Németországban összesen 2.045 kórház működött, amelyek 502.000 ágyal rendelkeztek. 1991-hez viszonyítva a kórházak száma a kórházbezárások és -fúziók miatt 15%-kal csökkent. Minden negyedik kórházi ágy (25%) megszűnt.

Szövetségi szinten 100.000 lakosra átlagosan 2,5 kórház, ill. 614 ágy jutott. A 100.000 lakosra jutó kórházak száma 1991-hez viszonyítva 17%-kal, a 100.000 lakosra jutó ágyaké 26%-kal csökkent. 2011-ben egy kórházra átlagosan 245 ágy jutott ((1991: 276 ágy).

Az ápolószemélyzet a nem orvosi tevékenységet végző teljes munkaidős személyzet 45%-át teszi ki.

A személyzet megterhelése az egy munkanap során ellátandó ágyak száma tekintetében 1991. óta folyamatosan csökkent. Ez elsősorban az ápolási idő folyamatos csökkenésének (-45%) tulajdonítható. Ezzel egyidejűleg csökkent a teljes munkaidős személyzet létszáma: az ápolószemélyzeté csaknem 5%-kal, a nem orvosi tevékenységet végző személyzeté 12%-kal. Következésképpen a teljes munkaidős ápolószemélyzet megterheltsége 1991-hez viszonyítva 2011-ben 2,4 ágyal (-27%), a nem orvosi tevékenységet végző teljes munkaidős személyzeté 0,8 ágyal (-21%) csökkent.

Az orvosi tevékenységet végző személyzet körében az ellátandó aktív ágyak száma 15,4-gyel (-53%) csökkent. Ez az effektus azzal függ össze, hogy az ápolási idő csökkenésével párhuzamosan az orvosi tevékenységet végző teljes munkaidős személyzet aránya 46%-kal növekedett.

Szövetségi szinten egy orvosi tevékenységet végző teljes munkaidős alkalmazottnak 2011-ben átlagosan 13,9 aktív ágyat kellett ellátnia (1991: 29,3 ágy).

Egy nem orvosi tevékenységet végző teljes munkaidős alkalmazottnak 2011-ben szövetségi szinten átlagosan 2,8 aktív ágyat kellett ellátnia (1991: 3,6 ágy).

8. 1. 5. Az egészségügyi személyzet:

Az egészségügyi személyzet statisztikája szerint 2011. december 31-én a német egészségügyben foglalkoztatottak száma 4,9 millió volt. Ez az összes foglalkoztatott 11%-a. A statisztika a különböző egészségügyi intézményekben foglalkoztatott, több munkaviszonnyal rendelkező személyeket, tényleges munkaidejüktől függetlenül, többszörösen veszi figyelembe.

Egészségügyi személyzet foglalkozási csoportok szerint:

Az egészségügyben foglalkoztatottak száma 2006 és 2011 között összesen 457.000 fővel, 10%-kal növekedett. A növekedés elsősorban annak tulajdonítható, hogy a közvetlenül gyógyító tevékenységet végző területen (orvosok, ápolók) összesen 285.000 új munkahely teremtésére került sor.

2011-ben az egészségügyi személyzetnek több mint a fele (2,8 millió fő; 57%) a gyógyító tevékenység területén működött. A személyzet 29%-a egyéb területeken működött (konyhai és takarítószemélyzet, kézbesítők). 2011-ben az egészségügyben 1,4 millió fő valamilyen más foglalkozási körbe tartozott. Ebben a csoportban az állások száma 2006. óta 38.000-rel (3%) növekedett. 2011-ben 470.000 fő végzett szociális tevékenységet, ami az egészségügyi személyzet 10%-a. 2006 és 2011 között ebben a foglalkozási csoportban a foglalkoztatottak száma 123.000 fővel, ill. 36%-kal növekedett.

Mindez elsősorban az idősápolók iránti igény növekedésével függ össze, ám figyelembe kell vennünk, hogy az egészségügyi személyzet statisztikája csak az ápolási intézményekben dolgozó idősápolókra terjed ki, az időskorúak lakóotthonaiban dolgozókra nem.

2011-ben az egészségipari személyzet (pl. optikusok) és egyéb egészségügyi szakdolgozók (pl. gyógyszerári kereskedelmi alkalmazottak) az egészségügyi személyzet 5%-át teszik ki (245.000 foglalkoztatott). 2006-hoz viszonyítva a munkahelyek száma 10.000-rel, 4%-kal növekedett.

Az egészségügyben dolgozó nők aránya 2011-ben 74% volt (3,6 millió fő). A nők aránya a fogászati szakalkalmazottak körében 99%, a gyógyszerári kereskedelmi alkalmazottakéban 97%, az orvostechnikai asszisztensek körében 92%, az orvosok és fogorvosok körében 44%, ill. 42% volt. 2011-ben a nők aránya egészségiparban 51%, az egyéb egészségügyi szakdolgozók körében 62% volt.

Az egészségügyben foglalkoztatottak teljes munkaidőre konvertált száma, az ún. teljes munkaidős ekvivalens 2011-ben 3,7 millió volt, ami 2006-hoz viszonyítva 303.000 fős, 9%-os növekedést jelent. Ebből az következik, hogy 2006 és 2011 között az egészségügyben nemcsak a foglalkoztatottak száma növekedett, hanem a foglalkoztatás volumene is bővült.

Azoknál a foglalkozási csoportoknál, ahol a részmunkaidős és a csekély mértékű foglalkoztatottak száma magas, a teljes munkaidős ekvivalens jelentősen eltér a foglalkoztatottak számától. A teljes munkaidős ekvivalens és a foglalkoztatottak száma közötti reláció megadja továbbá, hogy egy adott foglalkozási csoport

keretében mekkora a részmunkaidős és csekély mértékű foglalkoztatottak aránya. 2011-ben ez a reláció orvosoknál 0,89, fogorvosoknál 0,83, fogtechnikusoknál 0,86, tehát igen magas volt, mivel ezeken a területeken a teljes munkaidős munkavégzés a domináns. Ehhez képest a teljes munkaidős ekvivalens és a foglalkoztatottak száma közötti reláció 2011-ben a gyógyszerértári kereskedelmi alkalmazottak (0,70), a betegápolók és a szülészek (0,71) és az egyéb egészségügyi szakdolgozók körében (0,74) viszonylag alacsony volt.

Összességében 2011-ben a teljes munkaidős egészségügyi személyzet aránya 56%, a részmunkaidősöké 32%, a csekély mértékben foglalkoztatottaké 12% volt. Közben a teljes munkaidős foglalkoztatottak száma 2006 és 2011 között 135.000 fővel, ill. 5%-kal, a részmunkaidősöké 280.000 fővel, 21%-kal, az egyéb egészségügyi szakdolgozóké 41.000 fővel, ill. 8%-kal növekedett.

A foglalkoztatás jellege tekintetében 2011-ben a nemek között jelentős különbségek voltak tapasztalhatók. A teljes munkaidős foglalkoztatottság a férfiak körében 80%, a nők körében 48% volt. Ezzel szemben a férfiaknak mindössze 12%, a nőknek viszont 39%-a dolgozott részmunkaidősben. A csekély mértékű foglalkoztatottság aránya a nők körében 13%, a férfiak körében 8% volt. A teljes munkaidős ekvivalens és a foglalkoztatottak száma közötti reláció a férfiak körében 0,86, a nők körében 0,72 volt.

Egészségügyi személyzet intézmények szerint:

Az egészségügyi személyzet 84%-a ambuláns, fekvőbeteg, vagy részben fekvőbeteg intézményekben dolgozott. 2011-ben az ambuláns ellátás területén 2,2 millió főt, a kórházi intézményekben 2,0 millió főt foglalkoztattak.

2006 és 2011 között a foglalkoztatottak száma az ambuláns intézményekben erőteljesebben növekedett (241.000, ill. 13%), mint a fekvőbeteg és részben fekvőbeteg ellátás területén (177.000, ill. 10%). Ez elsősorban az egyéb egészségügyi praxisokban (95.000, ill. 31%), valamint az ambuláns ápolás (76.000, ill. 35%) területén bekövetkezett növekedésnek tulajdonítható.

A fekvőbeteg és részben fekvőbeteg ellátás területén 2006 és 2011 között minden intézményben növekedett a foglalkoztatottak száma. A növekedés különösen az ápolási intézményekben (100.000 fő, ill. 18%) volt erőteljes. A kórházakban foglalkoztatottak száma 2011-ben 65.000 fővel (6%) volt magasabb, mint 2006-ban. A foglalkoztatottak száma az egészségügyi előszolgáltató ágazatokban 317.000 fő (6%), az igazgatásban 196.000 fő (4%), a mentőszolgálatnál 55.000 fő (1%), az egyéb egészségügyi intézményekben 185.000 fő (4%) volt. 2006 és 2011 közötti csak az igazgatási személyzet létszáma (13.000 fő, ill. 6%) csökkent.

8. 1. 6. Egészségügyi kiadások:

Az egészségügyre fordított kiadások összege 2010-ben összesen 287,3 milliárd EUR volt. Ebből 277,3 milliárd EUR folyó egészségügyi kiadásokra, 10,0 milliárd EUR épületfenntartásra és az egészségügy tárgyi eszközeire jutott. Az

egészségügyi kiadások 2000 és 2010 között nominálisan 35%-kal (74,5 milliárd EUR) növekedtek.

Ebben az időszakban az általános fogyasztói index 16,7%-kal, a GDP 21,9%-kal növekedett. Így az adott időszakban az egészségügyi kiadásoknak a GDP-ből való részesedése 10,4%-ról 11,6%-ra emelkedett.

Egészségügyi kiadások költségviselők szerint:

2010-ben a kötelező betegbiztosítás kiadásai az egészségügyre fordított összkiadások 58%-át tették ki (165,5 milliárd EUR). A privát háztartások és a nonprofit privát szervezetek 39,0 milliárd EUR-t költöttek, ami az egészségügyi összkiadások 14%-ának felel meg. Harmadik helyen 9%-kal, ill. 26,8 milliárd EUR-ral a privát betegbiztosítás áll. Ezt a szociális ápolásbiztosítás követi 8%-kal, ill. 21,5 milliárd EUR-ral.

A privát háztartások és a nonprofit privát szervezetek kiadásai 2000 és 2010 között 13,9 milliárd EUR-ral növekedtek, ami átlagosan évi 4,5%-os növekedésnek felel meg. Ez jóval meghaladja az egészségügyre fordított összkiadások növekedését (átlagosan évi 3,0%). Ugyancsak átlagon felüli volt a kiadások növekedése a privát betegbiztosítóknál (évi 4,3%), valamint a munkaadóknál.

A növekedés a kötelező betegbiztosítás területén évi 2,9% (41,6 milliárd EUR), a szociális ápolásbiztosítás területén valamivel mérsékeltebb, átlagosan évi 2,6% (21,5 milliárd EUR) volt.

A privát háztartások kiadásainak átlagon felüli növekedése a törvényhozónak a betegek erősebb felelőssége iránti elvárását tükrözi. Ezzel kapcsolatban, a „költségsökkentés politikája” jegyében korlátozták a kötelező betegbiztosítás szolgáltatásvolumenét és emelték a privát háztartások önrészeit.

Egészségügyi kiadások szolgáltatástípusok szerint:

2010-ben az egészségügyi összkiadások 28%-át (79,1 milliárd EUR) fordították „árúkra”: gyógyszerekre (beleértve a kötszereket), segédeszközökre, fogpótláshoz szükséges anyagokra és laborvizsgálatokra, valamint egyéb gyógyászati kellékekre. Az összkiadások 27%-át (78,9 milliárd EUR) orvosi szolgáltatásokra, 24%-át (68,6 milliárd EUR) ápolási és terápiás szolgáltatásokra, 7%-át (20,2 milliárd EUR) hotelszolgáltatásokra, 5%-át (15,1 milliárd EUR) igazgatási szolgáltatásokra fordították.

Egészségügyi kiadások intézmények szerint:

A szolgáltatások súlypontja egyértelműen az ambuláns és a (részben) fekvőbeteg egészségügyi ellátásokra helyeződik. 2010-ben az ambuláns intézmények kiadásai összesen 141,4 milliárd EUR-t tettek ki, ami az egészségügyi összkiadások 49%-ának felel meg. Ebből az orvosi praxisokra 43,1 milliárd EUR, a gyógyszerárakra 40,9 milliárd EUR jutott.

Egészségügyi javakra, egészségipari szolgáltatásokra és kiskereskedelmi tevékenységekre 19,0 milliárd EUR-t költöttek. Ezt követték a fogorvosi praxisok (17,7 milliárd EUR), valamint az ambuláns ápolási intézmények (10,0 milliárd

EUR). A (részben) fekvőbeteg intézmények kereken 104,2 milliárd EUR-ba kerültek (36,0%): ide tartoznak a kórházak (74,3 milliárd EUR) és a (részben) bentlakásos ápolási intézmények (21,7 milliárd EUR).

A költségviselők igazgatási feladataira 2010-ben 16,8 milliárd EUR-t (6%) fordítottak. További 8,4 milliárd EUR-ba kerültek (3%) az egyéb intézmények és a privát háztartások részére nyújtott szolgáltatások. Ide tartoznak egyebek között: a hozzátartozók általi ápolás, a taxiköltségek, a betegszállítás, a vállalati egészségügyi szolgálat.

Egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlításban:

A nemzetközi összehasonlítás az OECD adatain alapul. Az egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlítása „az egészségügyi kiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya”, ill. „az USD vásárlóerő paritásban kifejezett egy főre eső egészségügyi kiadások” alapján történik.

Németország nemzetközi összehasonlításban a középmezőnybe tartozik. Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya tekintetében 2010-ben a sorrend az előző évekéhez hasonló volt: Egyesült Államok 17,6%, Hollandia 12,0%, Franciaország és Németország egyaránt 11,6%, Svájc és Kanada egyaránt 11,4%.

Az USD vásárlóerő paritásban kifejezett egy főre eső egészségügyi kiadások tekintetében Németország 2010-ben egy főre eső 4.340 USD-vel ugyancsak az első fertályban helyezkedett el. A nemzetközi sorrend ebben a megközelítésben: Egyesült Államok 8.230 USD/fő, Norvégia 5.390 USD/fő, Svájc 5.270 USD/fő, Hollandia 5.060 USD/fő.

Az egészségügyi költségek növekedése korántsem tekinthető német specialitásnak, az minden ipari államban jelen van. Feltűnő, hogy a többi OECD-állammal való összehasonlításban a növekedés Németországban mindkét indikátor vonatkozásában alacsony. A német egészségügyben tehát nincs „költségrobbanás”, ahogyan azt a médiákban folyamatosan felhánytorgatják.

8. 2. Markus M. Grabka : Egészségi állapot és egészségmagatartás:

8. 2. 4. Az ambuláns egészségügyi szolgáltatások igénybevétele:

Az ambuláns szolgáltatások igénybevételének mértéke két indikátorral írható le: A „negyedévente való igénybevétel” azokra a személyekre vonatkozik, akik a megkérdezést megelőző három hónap során legalább egy alkalommal orvoshoz fordultak. Az utóbbi negyedévben egy betegre eső „kontaktusok gyakorisága” inkább az egyes betegségek epizódokra vonatkozik. A betegségek epizódok közötti kontaktusok gyakoriságát az adott orvosok beutalási és visszahívási gyakorlata is meghatározza. Az elmúlt három hónap során a lakosság több mint kétharmada egy alkalommal orvoshoz fordult. Ez az arány az utóbbi években alig változott. A helyzet férfiak és nők, illetve az egyes korcsoportok közötti különbségek

tekintetében is a korábbiakhoz hasonló: a nők gyakrabban fordulnak orvoshoz, magasabb életkorban az orvoshoz fordulás valószínűsége növekedik.

A háztartás jövedelme és az ambuláns szolgáltatások igénybevétele közötti viszony: Az 1990-es évek közepe táján az alacsonyabb jövedelműek körében az orvoslátogatások aránya még magasabb volt. Ez a különbség 2011-ig szinte eltűnt, ami talán a vizitdíj bevezetésével hozható összefüggésbe. A kontaktusok gyakorisága tekintetében a helyzet hasonló: az 1990-es évek közepe táján az alacsonyabb jövedelműek körében az orvos-beteg kontaktusok száma magasabb volt, ami azóta az összes jövedelmi kategóriában szinte kiegyensúlyozódott. Az adatok összességében az orvoslátogatások számának csökkenését mutatják. Figyelemreméltó jelenség, hogy a kontaktusok száma a keleti tartományokban alacsonyabb, ami annak tulajdonítható, hogy a volt NDK-ban az ellátás dominánsan poliklinikákon történt, márpedig ezek egyértelműen a jelenleg kiépülő új ellátási formákkal (integrált ellátás, egészségügyi központok) párhuzamos struktúrákat idéznek.

8. 2. 5. A kórházi szolgáltatások igénybevétele:

A kórházi szolgáltatások igénybevételenek leképezése két indikátor segítségével történik: egyrészt azon személyek aránya, akik az elmúlt év során legalább egy éjszakát kórházban töltöttek, másrészt az elmúlt év során egy betegre jutó kórházban töltött éjszakák száma. Ez utóbbi – az ápolási idő a – a kórházi ellátás legfontosabb indikátora.

Németországban a kórházban való tartózkodás időtartama meghaladja az átlagot, ezért a politika a kórházi szektor kiadásainak korlátozása érdekében azt az elvet követi, hogy „az ambuláns ellátás prioritással rendelkezik a kórházi ellátással szemben”. Jóllehet 1995 és 2011 között a kórházi ellátásban részesülő személyek száma nem változott, az ápolási idő csaknem a felére csökkent.

A nők magasabb átlagéletkorából következik, hogy körükben a kórházi ellátás is gyakoribb. Ezt tetézi, hogy az életkor növekedésével a kórházi tartózkodások száma és időtartama is növekedik. Ám az is megfigyelhető, hogy az időskorúak korcsoportja az, amelynek körében az ápolási idő a legerőteljesebben csökken. Az ápolási idő 1995 és 2011 között 12 nappal (14 napra) csökkent. Ez a csökkenés az ambuláns ápolási szolgálatok jelentőségének növekedésével függ össze, amelyek a kórházból való elbocsátást követően átveszik a további ellátás feladatát.

Az ápolási idő erőteljes csökkenése azzal a veszéllyel is jár, hogy a betegeket túl korán elbocsátják a fekvőbeteg ellátásból, ami kiválthatja az ún. forgóajtó effektust, komplikációk esetén pedig újabb kórházi beutalásra kerülhet sor.

A kórházi szektor igénybevétele és a jövedelem közötti összefüggés: Az alacsonyabb jövedelmű személyeknél mind a kórházi tartózkodás gyakorisága, mind az ápolás időtartama magasabb, mint a magasabb jövedelemmel rendelkező csoportnál. Ugyanakkor az ápolási idő 11 nappal való csökkenése 1995. óta az

alacsonyabb jövedelmű csoportnál, nagyjából hasonló a 60 évesek és annál idősebbek korcsoportjához.

8. 2. 6. *Privát kiegészítő betegbiztosítás:*

2000. óta a privát kiegészítő betegbiztosítással rendelkezők aránya a kötelező betegbiztosítás biztosítottai körében több mint duplájára emelkedett. Így a kötelező betegbiztosítás minden ötödik tagja rendelkezik kiegészítő biztosítással. Ezek közül a fogpótlásra vonatkozó kiegészítő biztosítással rendelkezők aránya a legmagasabb. És ezen a területen figyelhető meg a legnagyobb növekedés is: a biztosítottak száma 2000. óta háromszorosára emelkedett.

A második leggyakoribbként megnevezett kiegészítő biztosítást a kórházi kezelések területén kötötték, jöhetnek a gyógyászati és segédeszközökre, egyebek között szemüvegre kötött kiegészítő biztosítások száma is átlagon felül növekedett.

A képzettség, a jövedelmi viszonyok és a kiegészítő biztosítások megkötése közötti viszony: A szakközépiskolai vagy egyetemi végzettségűek körében a kiegészítő biztosítással rendelkezők háromszor annyian vannak, mint az alacsonyabb képzettségűek körében. Ugyanez érvényes a háztartások jövedelmi viszonyai tekintetében: ám ebben az esetben az alacsony és a magas jövedelmi kategóriákhoz tartozók közötti különbség még kihangsúlyozottabb. A betegpénztárat váltó biztosítottak körében a kiegészítő biztosítás megkötése átlagosan gyakoribb, mint a betegpénztárt nem váltók körében.

A kiegészítő biztosítás megkötése gyakoribb azok körében, akik jónak vagy nagyon jónak ítélik meg egészségi állapotukat, mint azok körében, akik azt rosszabbnak látják. Ez nem az individuális egészségvédelemre irányuló különböző preferenciák megnyilvánulásaként interpretálendő, hanem ebben az esetben az általában a privát betegbiztosítás területén jellemző ekvivalenciaelv érvényesül, ellentétben a kötelező betegbiztosítás területén alkalmazott szolidaritás elvével; a privát biztosítás mértéke a kockázathoz kapcsolódik, amely lényegében az aktuális egészségi állapottól és az életkortól függ. Ez azt jelenti, hogy a kórelőzményekkel rendelkező személyeknek magasabb árat kell fizetniük a privát kiegészítő biztosításért, ami megfelelő módon csökkenti ezek vonzerejét.

8. 3. *Thomas Lampert et al.: Egészségi egyenlőtlenségek:*

8. 3. 1. *Jövedelem és egészségi állapot:*

Kimutatható, hogy az elszegényedés által veszélyeztetett személyek gyakrabban ítélik meg egészségi állapotukat kevésbé jónak vagy rossznak. Ebben a tekintetben a közepes és a magasabb jövedelemkategória között is eltérés tapasztalható. A krónikus megbetegedések elterjedtsége tekintetében a 45 év fölötti korosztálynál megállapítható, hogy számos megbetegedés az

elszegényedés által veszélyeztetettek csoportjában gyakrabban fordul elő, így a szívinfarktus, agyvérzés, angina pectoris, magas vérnyomás, diabétesz, krónikus bronchitisz, krónikus májbetegség, osteoporózis, arthrózis és depresszió. A férfiak körében ezenkívül összefüggés állapítható meg az elszegényedés általi veszélyeztetettség és a szívelégtelenség, az artritisz, valamint a szívelégtelenség között. Nőknél az elszegényedés által veszélyeztetettek csoportjában a felsoroltakon kívül gyakrabban fordul elő asztma és magas vérzsírszint.

Egészségmagatartás, kockázati tényezők: a dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint mozgáshiány és helytelen táplálkozás mellett az elhízás a leggyakoribb jelenség. A németországi felnőttkorú lakosság egészségfelmérése (DEGS1) szerint az elszegényedés által veszélyeztetett férfiak és nők körében csaknem minden korcsoportban gyakrabban fordul elő az elhízottság, mint a magasabb jövedelmű csoportoknál. Az alacsonyabb jövedelmű csoportban az elhízás valószínűsége a magasabb jövedelmű csoporthoz viszonyítva férfiaknál kétszer, nőknél 3,1-szer magasabb.

A jövedelemkülönbségek, a mortalitás és a várható életkor összefüggése a szocio-ökonómiai panel adatai szerint: a szegénységi küszöb alatt élők halálozási kockázata a magasabb jövedelmű csoporthoz viszonyítva a férfiak körében 2,7-szer, a nők körében 2,4-szer magasabb. A születéskor várható átlagos életkor az alacsony jövedelmű csoportban a férfiak körében csaknem tizenegy, a nők körében nyolc évvel alacsonyabb, mint a magasabb jövedelmű csoportban. A 65 év fölötti korcsoport várható további élettartama tekintetében a magasabb és az alacsonyabb jövedelmű csoport közötti különbség a férfiak körében 5,3 év, a nők körében 3,5 év.

8. 3. 2. Képzettség és egészségi állapot:

A német lakosság 2010-ben végzett egészségfelmérése (»*Gesundheit in Deutschland aktuell*« - GEDA 2010) szerint az alacsonyabb képzettségű személyek gyakrabban nyilatkozzák, hogy krónikus betegség miatt mindennapi életükben akadályokba ütköznek. A funkcionális akadályoztatás az alacsonyabb képzettségűeknél a férfiak körében 3,9-szer, a nők körében 2,7-szer magasabb.

A képzettség és a gyakori és erős fájdalmak közötti összefüggés: Az utóbbi négy hét során jelentkező gyakori és erős fájdalmak az alacsonyabb képzettségű személyek körében gyakoribbak: az erős testi fájdalmak kockázata az alacsonyabb képzettségű férfiak körében 2,8-szor, a nők körében 2,3-szor magasabb. A fájdalmak tekintetében a közepes és a magasabb jövedelmű csoport között is szignifikáns különbségek tapasztalhatók.

A képzettség és a dohányzás összefüggése: az alacsonyabb képzettségűek jóval többet dohányoznak, mint a magasabb képzettségűek: az arány a férfiak körében 2,5-szörös, a nők körében 2,3-szoros. A már leszokott és aktuális dohányosok tekintetében megállapítható, hogy az alacsonyabb képzettségűek ritkábban, illetve később szoknak le a dohányzásról.

A képzettség és a testmozgás összefüggése: az alacsonyabb képzettségű csoportban az inaktivitás kockázata a férfiak körében 3,2-szer, a nők körében 2,9-szer magasabb.

A prevenciós szolgáltatások igénybevétele: az alacsonyabb képzettségű személyek ritkábban vesznek részt rákszűrésen, kevesebb ismerettel rendelkeznek az agyvérzés és a szívroham tüneteiről, mint a magasabb képzettségűek, ritkábban vesznek részt diabetológiai tájékoztató rendezvényeken és nehézségeik vannak a megbetegedés mindennapi kezelésével kapcsolatban.

A képzettség és a várható életkor összefüggése: Az 1925 és 1955 között születettek korcsoportja körében végzett vizsgálat eredményei szerint az átlagos várható élettartam és a képzettség között szoros összefüggés áll fenn. Az érettségivel vagy szakérettségivel rendelkező 45 év fölötti férfiak átlagosan 5,3 évvel tovább élnek, mint a polgári iskolát végzettek vagy a végzettség nélküliek.

8. 3. 3. Munkahelyi ártalmak és egészségi állapot:

A Szövetségi Munkaegészségügyi és Munkavédelmi Hivatal (*Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz*) adatai szerint 2011-ben a német gazdaságban a munkahelyről való betegség miatti hiányzások 22%-a izom- és csontrendszeri megbetegedéseknek, 14%-a légúti megbetegedéseknek, 13%-a pszichés és viselkedési zavaroknak, 12%-a baleseteknek és sérüléseknek, 6%-a szív- és érrendszeri megbetegedéseknek tulajdonítható.

A munkaképtelenség miatt a termelésből való kiesés költségei Németországban 46 milliárd EUR-ra becsülhetők. Ezenkívül 2011-ben 100 biztosítottra átlagosan 116,8 megbetegedési eset jutott, amelyek átlagosan 11,0 napig tartottak. A munkaképtelenség a manuális tevékenységek és az egyszerű szolgáltatások területén jóval gyakoribb és hosszabb volt, mint a magas képzettséggel járó, tudásalapú foglalkozásoknál.

A munkával való megterheltség percepciója és a foglalkoztatottak szakképzettsége közötti összefüggés: a magasabb képzettségűek ritkábban érzik magukat erőteljesen megterhelteknek, mint a szakiskolai végzettséggel rendelkezők. Ez az összefüggés a férfiak körében minden korcsoportban, a nők körében csak a 18 és 44 év közöttiekénél nyilvánul meg, a 45 és 64 év közötti magas képzettségű nők viszont gyakrabban panaszkodnak erőteljes megterheltségre, mint a szakmunkások.

8. 3. 4. Munkanélküliség és egészségi állapot:

A munkanélküliek egészségi állapotára vonatkozóan a kötelező betegpénztárak munkaképtelenségre vonatkozó statisztikai szolgáltatnak adatokat. Az üzemi betegpénztárak egészségügyi jelentése szerint 2011-ben a biztosítással rendelkező munkanélküliek körében az egy tagra eső munkaképtelenségi napok száma átlagosan 27,0 volt, a kötelező biztosítással rendelkező alkalmazottak

jóval gyakrabban voltak munkaképtelenek, mint az önkéntes biztosítással rendelkező foglalkoztatottak (12,2, ill. 6,0 nap).

A munkanélküliek és az alkalmazotti viszonyban levő biztosítottak között a munkaképtelenségi napok tekintetében megnyilvánuló különbségek elsősorban pszichés és viselkedési zavarokkal (szenvedélybetegségekkel), anyagcserezavarokkal, az izom- és csontrendszer megbetegedéseivel, valamint idegrendszeri megbetegedésekkel függenek össze. Összességében a munkanélküli biztosítottak körében 2011-ben kétszer annyi munkaképtelenségi napot regisztráltak, mint az alkalmazotti viszonyban levő biztosítottaknál.

Egészségmagatartás a munkanélküliek körében: A munkanélküliek és a munkanélkülivé válás által veszélyeztetett személyek életstílusa összességében egészségtelegebb, mint a biztos pozícióban levő keresőtevékenységet végző személyeké. Ez a dohányzás, a fizikai inaktivitás és az elhízás tekintetében kimutatható. A tartós munkanélküliek körében különösen sok a viselkedéssel összefüggő egészségi kockázat.

Az alkoholfogyasztás tekintetében az eredmények kevésbé egyértelműek. A kórházstatisztikák szerint a munkanélkülieket gyakrabban kezelik kórházban »alkoholfogyasztás miatti pszichés és viselkedészavarokkal« (BNO10: F10). Munkanélküliek körében tehát az alkohollal való visszaélés sokkal elterjedtebb, mint a munkával rendelkezők körében.

A rendelkezésre álló tanulmányok a munkanélküliség és az egészség közötti összefüggés nemcsak a munkanélküliség állapotának egészségi következményeire, hanem az egészségkárosodásban szenvedő személyek rosszabb foglalkoztatási esélyeire is visszavezethetők. A GEDA 2010 adatai szerint az utóbbi öt év során a munkanélküliséggel szembesült férfiak 17%-a és a nők 14%-a abból indul ki, hogy egészségük megromlása a munkahely elvesztésének tulajdonítható.

Az érintett férfiak és nők túlnyomó többsége (férfiaknál és nőknél egyaránt 88%) arról számol be, hogy egészségi állapota a munkanélkülivé válást követően többé nem javult, sőt tovább rosszabbodott.

8. 3. 5. Migráció és egészségi állapot:

A migráns és nem migráns lakosság egészségi állapotára vonatkozó adatok a 2009. évi mikrocenzusból származnak. A 44 év alatti migránsok bevallása szerint az utóbbi négy hét során valamivel ritkábban fordultak orvoshoz, mint a lakosság többi része. A 45 és 64 év közötti, valamint a 65 éves és annál idősebb migránsok azonban már valamivel gyakrabban szenvednek betegségben vagy szenvednek sérülést, mint a migrációs háttér nélküli csoporthoz tartozó személyek.

Az egészségmagatartással összefüggő megállapítások: A migránsok körében gyakoribb az elhízottság. A különbségek azonban csak a 45-ik életévtől és különösen a nők körében relevánsak. A migrációs háttérrel rendelkező személyek körében a dohányzók aránya minden korcsoportban magasabb, mint a nem migránsok körében (37%, ill. 30%). A nők körében az arány valamivel

alacsonyabb: migráns nők körében 23%, migrációs háttér nélküliek körében 25%.

A migrációs háttérrel rendelkező személyek az egészségügyi és ápolási ellátórendszer felhasználóinak egyre jelentősebb csoportját alkotják. Fogyasztói szokásaik és szükségleteik némileg eltérnek a migrációs háttérrel nem rendelkező lakosságtól. A rendelkezésre álló tanulmányok szerint a migránsok bizonyos helyzetekben gyakrabban fordulnak mentőszolgálatokhoz és ritkábban házi orvosokhoz, ritkábban vesznek igénybe preventív szolgáltatásokat és ambuláns ápolási szolgáltatásokat. A külföldi állampolgársággal rendelkező személyek ritkábban vesznek igénybe rehabilitációs szolgáltatásokat, azok igénybevétele esetén pedig az ellátás kevésbé bizonyul eredményesnek, ebben a személyi körben magasabb a karkedvezményes nyugdíjak aránya.

A 60 év fölöttiek további várható életkora a kötelező nyugdíjbiztosítás adatainak segítségével elemezhető. A külföldi származású nyugdíjasok körében 1994 és 2001 között ez magasabb volt, mint a német nyugdíjasokéban. A következő években a trend megfordult. 2008-ban már a külföldi férfiak és nők számára kedvezőtlené vált: a különbség 1,5 év, ill. 1,2 év volt a német populáció javára. A leggyakoribb halálokok 2011-ben a német lakosság körében a szív- és érrendszeri megbetegedések, a külföldi származású lakosság körében a rákos megbetegedések voltak.

8. 4. Klaus-Jürgen Duschek et al.: Szociális biztonság

8. 4. 1. A szociális költségvetés:

A szociális biztonság rendszerére vonatkozóan a szövetségi kormány költségvetése nyújt áttekintést. Ez évente összefoglalja a biztosítási rendszer különböző szolgáltatásait. A finanszírozás mértéke az állami támogatásokból, valamint a biztosítottak és a munkaadók járulékaiból olvasható ki. A szociális költségvetés szolgáltatásainak összege 2011-ben kerekén 767,6 milliárd EUR volt. A szociális szolgáltatások kvótája, azaz e szolgáltatások GDP-hez viszonyított aránya Németországban 2011-ben 30% volt.

A szociális háló nagy járulékbefizetői: az állam (szövetség, tartományok, önkormányzatok), a privát háztartások és a munkaadók. 2011-ben a szociális költségvetés legnagyobb része a »társadalombiztosítási rendszerekbe« folyt be. A betegbiztosítás, az ápolásbiztosítás és a nyugdíjbiztosítás, a balesetbiztosítás és a munkanélküliek biztosításának szolgáltatásai összesen 471,3 milliárd EUR-t tettek ki. A szociális költségvetés második legnagyobb fejezetét 146,5 milliárd EUR-ral a »támogatási és gondoskodási rendszerek« alkotják. Ebbe a körbe tartoznak: a gyermekpénz, a családi terhek kiegyenlítése, a nevelési/szülői támogatás, az álláskeresők alaptámogatása, a munkanélküliségi pénzbeli támogatás, a képzési támogatás és a felzárkózás ösztönzése, a szociális segélyek, a gyermek- és ifjúsági támogatás, valamint a lakbértámogatás.

»Munkaadói rendszerekre« összesen 66,8 milliárd EUR-t költöttek. Ide tartoznak: a fizetés betegség esetén való továbbfolyósítása, a vállalati időskori gondoskodás, a közszolgálati alkalmazottak kiegészítő biztosítása, valamint az egyéb munkaadói szolgáltatások (pl. szolgálati lakások biztosítása).

A »közszolgálati rendszerek« 2011-ben 60,6 milliárd EUR-ban, a szociális költségvetés szűk 8%-ában részesültek. A »társadalombiztosítási rendszerekhez« hasonlóan itt is az időskori gondoskodás áll előtérben.

Az ún. »különleges rendszerek« együttesen 25,6 milliárd EUR szolgáltatásvolumennel rendelkeztek. Ide tartoznak: a privát beteg- és ápolásbiztosítás, valamint a szabadfoglalkozásúak ellátórendszerei és a földművesek időskori biztosítása.

A »kárpótlási rendszerek« jelentősége az 1933 és 1945 közötti nemzeti szocializmus korától való távolodással folyamatosan veszít jelentőségéből. 2011-ben 3,1 milliárd EUR-t fordítottak különböző jellegű kárpótlásokra.

8. 4. 2. Kötelező nyugdíjbiztosítás:

Az időskori és hátramaradt hozzátartozói biztosítást Németországban a következő intézmények bocsátják rendelkezésre: a kötelező nyugdíjbiztosítás, a közszolgálati nyugdíjak, a földművesek időskori biztosítása, az egyes foglalkozási csoportok kiegészítő biztosítása, valamint a szerződéses vagy önkéntes munkaadói szolgáltatások. Ezenkívül a »Riester-nyugdíj« (2002) és a »Rürup-nyugdíj« (2005) bevezetése során megerősödött a privát gondoskodás rendszere. 2011-ben a kötelező nyugdíjbiztosításnak a szociális költségvetés szerinti szolgáltatásai kereken 255,6 milliárd EUR-t tettek ki.

2011-ben Németországban összesen 24,9 millió nyugdíj kifizetésére került sor. Ennek 77%-a biztosítási viszonyból származó nyugdíj, 23%-a hátramaradt hozzátartozói nyugdíj volt. A biztosítási viszonyból származó nyugdíjak átlagösszege 2011-ben férfiaknál 977 EUR, nőknél 549 EUR volt. A különbség abból adódik, hogy a nők keresőtevékenységük során gyengébben fizetett munkaköröket töltötték be, esetenként családi okokból részben megszakították vagy a nyugdíjkorhatár előtt befejezték a keresőtevékenységet.

A nyugdíjbiztosítás finanszírozása a nyugdíjreform (1957) óta az ún. »felosztó-kirovó« eljárás alapján történik. Ez azt jelenti, hogy a korábbi munkavállalók nyugdíjait a »generációk közötti szerződés« jegyében a jelenlegi foglalkoztatottak fizetik. A kötelező nyugdíjbiztosítás finanszírozásának legfontosabb forrásai a munkavállalók és a munkaadók által befizetett járulékok. A járulék mértéke 2012-ben a bruttóbér 19,6%-a volt.

Ezek a járulékbévételek az összbevételek 67%-át tették ki. A felosztó-kirovó eljárás azonban addig működőképes, amíg a járulékfizetők és a nyugdíjasok közötti arány konstans, sőt a járulékfizetők száma akár növekedik. A lakosság elöregedésével arra számíthatunk, hogy ez a viszony eltolódik, így egyre kevesebb járulékfizetőnek kell egyre több nyugdíj költségeit viselnie. E fejleményt kompenzálандó, döntés született a rendes nyugdíjkorhatár 67 évre

emeléséről. A nyugdíjkorhatár 67 évre emelésére lépcsőzetesen, az 1947-es évjáráttal kezdődően, 2012-től 2029-ig kerül sor.

8. 4. 3. Kötelező betegbiztosítás:

Az egészségbiztosítást a szociális költségvetés alábbi intézményei szolgálják: a kötelező beteg- és balesetbiztosítás, az ápolásbiztosítás, a fizetésnek betegség esetén a munkaadó általi továbbfolyósítása, a közszolgálati alkalmazottak ellátása, valamint a privát betegbiztosítás.

2007. április 1. óta azon személyeket, akik egyéb körülmények között nem jogosultak a betegség esetén való biztosításra és akik korábban rendelkeztek kötelező betegbiztosítással, a törvény kötelezi a biztosítás megkötésére a kötelező betegbiztosítás keretében. Ugyanez érvényes azokra a személyekre, akik korábban sohasem rendelkeztek kötelező vagy privát betegbiztosítással és a kötelező betegbiztosítás körébe sorolandók.

2011-ben szövetségi szinten összesen 69,6 millió polgár rendelkezett biztosítási védelemmel a kötelező betegbiztosítás keretében. Ezek közül kerekén 29,9 millió személy kötelező tagsággal, 4,9 millió személy önkéntes tagsággal rendelkezett, 16,8 millió pedig nyugdíjas volt. További 18,0 millió személy a hozzátartozók általi együttes biztosítással rendelkezett.

A kötelező betegbiztosítás szolgáltatásai 2011-ben a szociális költségvetés szerint kerekén 177,9 milliárd EUR-t tettek ki. A legnagyobb tételt a kórházi kezelések képezték (58,5 milliárd EUR).

8. 4. 4. Szociális ápolásbiztosítás:

A szociális rendszer 1995-ben egy új pillérrel, az ápolásbiztosítással egészült ki. Az ápolásbiztosítás kötelező jellegű: a kötelező biztosítással rendelkezők rendszerint a betegpénztárukhoz tartozó ápolási pénztárhoz, a privát biztosítással rendelkezők privát biztosítóintézetük ápolási pénztárához tartoznak.

Az otthoni (ambuláns) ápolás szolgáltatásai 1995 április, az intézményi ápolás szolgáltatásai 1996 június óta állnak rendelkezésre. A kötelező ápolásbiztosítás keretében a kifizetések mértéke az adott ápolásra szorultsághoz igazodik, amely három fokozatra tagolódik. Ezenkívül az is mérvadó, hogy ambuláns, részben bentlakásos, vagy bentlakásos ápolásra kerül-e sor. A besorolásnál figyelembe veszik az ápolásra szorultság volumenét a testápolás, a táplálkozás, a mobilitás, valamint a háztartás vezetése tekintetében. A legmagasabb szükségletnek a III. ápolási fokozat felel meg. A teljeskörű bentlakásos ápolásnál például az I. ápolási fokozat keretében nyújtott havi szolgáltatások összege 2013 eleje óta 1.023 EUR. Az ambuláns ápolás területén a szolgáltatás nyújtására pénzbeli ellátás és természetbeni ellátás formájában kerül sor. Természetbeni ellátás esetén az ápolásra ambuláns szolgálat közreműködésével kerül sor. Pénzbeli ellátás esetén az érintett maga szervezheti meg gondozását, például azt hozzátartozói is elvégezhetik. A pénzbeli ellátás összege az I. ápolási fokozatban 235 EUR, a

természetbeni ellátásé 450 EUR. Ambuláns ellátás esetén a pénzbeli és természetbeni ellátás kombinációja is lehetséges. A 2008-ban bevezetett ápolási reform, valamint az ápolásbiztosítás új irányáról szóló törvény (2013) kiegészítő szolgáltatásokat tett lehetővé a demenciás betegek számára.

2011-ben 69,7 millió személy rendelkezett biztosítással a szociális ápolásbiztosítás keretében. Az ápolásbiztosítás szolgáltatásaiban részesülők száma 2,3 millió volt. Ezek közül kerekén 1,6 millió személy (69%) ambuláns ellátásban, 0,7 millió személy (31%) bentlakásos ápolásban részesült. A szolgáltatásokra fordított kiadások 53%-a bentlakásos ápolásra, 23%-a pénzbeli ellátásra, 14%-a természetbeni ellátásra jutott, 10% egyéb szolgáltatások között oszlott meg.

A szociális költségvetés keretében 2011-ben az ápolásbiztosításra fordított szolgáltatások összege összesen 21,9 milliárd EUR volt. A betegbiztosítással, illetve a nyugdíjbiztosítással összehasonlítva (255,6 milliárd, ill. 177,9 milliárd EUR) ez csekély összegnek tekinthető (2,7 %). Az ápolásbiztosítás finanszírozása fele-fele arányban a munkavállalók, illetve a munkaadók járulékaiból történik. A járulék mértéke 1996 közepéig a bruttóbér 1%-a volt, majd azt a bentlakásos ápolási szolgáltatások bevezetésével 1,7%-ra emelték.

A nyugdíjasok 2004. óta a teljes járulékösszeget maguk fizetik. A járulék mértéke 2008. július 1-től 1,95%-ra, 2013. január 1-től 2,05%-ra emelkedett. A gyermektelen személyeknek 2005. január 1. óta mindezek fölött havi 0,25%-os járulékot kell fizetniük. Az ápolásbiztosítás finanszírozásához nem rendelnek hozzá semmiféle állami forrást.

8. 4. 5. Munkanélküliek biztosítása:

A munkanélküliek biztosítási rendszerének átalakítására 2005-ben az ún. »HartzIVReform« keretében került sor. Ennek elemei: egy bérfüggő biztosítási szolgáltatás: a munkanélküliségi pénzbeli támogatás (*Arbeitslosengeld*), valamint a 2005 elején bevezetett adókból finanszírozott gondoskodási szolgáltatás, az »álláskeresők alapbiztosítása«.

A munkanélküliségi pénzbeli támogatást a Társadalombiztosítási Törvénykönyv harmadik könyve (*Sozialgesetzbuch – SGB III*) szabályozza. A jogosultság előfeltételei: az érintett munkanélküli legyen bejelentve a Szövetségi Munkaügyi Hivatalnál, aki ezt megelőzően egy biztosításra köteles foglalkoztatási viszonyban teljesített egy bizonyos várakozási időt.

2011-ben átlagosan 800.000 személy részesült munkanélküliségi pénzbeli támogatásban. Erre a célra összesen 13,8 milliárd EUR-t fizettek ki. A munkanélküliségi pénzbeli támogatás szolgáltatásai a szociális költségvetésben összesen 29,3 milliárd EUR-t tettek ki. A munkanélküliségi biztosítás további szolgáltatásai: a beilleszkedési támogatások, a (súlyos) fogyatékkal élők munkába való inklúzióját célzó támogatások, valamint a rövid időtartamú munkaviszonnyal összefüggő szolgáltatások.

Az álláskeresők alapbiztosítása azokra a segítségre szoruló személyekre irányul, akiknek nincs munkájuk, vagy nem rendelkeznek a létfenntartáshoz szükséges jövedelemmel. A munkanélküliségi pénzbeli támogatástól eltérően az álláskeresők alapbiztosítása nem biztosítási szolgáltatás, hanem adókból finanszírozott gondoskodási szolgáltatás. A jogosultság mértéke nem az utolsó munkabérhez, hanem a szolgáltatásra jogosult személy létfenntartáshoz való szükségleteihez igazodik.

8. 4. 8. Összefoglalás:

A szociális költségvetés szolgáltatásainak összege 2011-ben 767,6 milliárd EUR volt, ebből 471,3 milliárd EUR a társadalombiztosítási rendszerekre jutott: 255,6 milliárd EUR a kötelező nyugdíjbiztosításra, 177,9 milliárd EUR a kötelező betegbiztosításra, 21,9 milliárd EUR a szociális ápolásbiztosításra, 29,3 milliárd EUR a munkanélküliek biztosítására.

2011 végén kereken 844.000 személy vette igénybe az »időskori alapbiztosítás és keresetcsökkenés miatti nyugdíj« szolgáltatásait, 144.000 személy pedig a menekültek részére nyújtandó szolgáltatásokról szóló törvény szerinti szolgáltatásokat. Az elmúlt években a háborús áldozatokról való gondoskodásra jogosultak száma tovább csökkent. 2010 végén 42.000 személy részesült ilyen szolgáltatásokban.

2011 április és 2012 szeptember között kereken 195.000 anya és apa részesült gyermekei utáni szülői támogatásban. A szolgáltatást az esetek 27%-ában az apa vette igénybe.

A gyermek- és ifjúsági támogatás megoszlása 2011-ben: nevelési tanácsadásra jutott 51%, egyes fiatakorúak gondozására 6%, rugalmas (ambuláns/részben intézményi) egyedi segítségnyújtásra 2%, rugalmas családtámogatásra 3%. Az állami költségviselők 2011-ben bruttó 30,5 milliárd EUR-t fordítottak gyermek- és ifjúsági támogatásra. E kiadások 60%-a a gyermekek napközis ellátására (19,0 milliárd EUR) jutott.

2011 végén a német privát háztartások 2,2%-a (903.000 háztartás) részesült lakbértámogatásban. Ezek összege 1,5 milliárd EUR volt. Az egy háztartásra jutó átlagos lakbértámogatás 114 EUR-t tett ki.

15. Németország Európában

15. 1. Johanna Mischke: Az életviszonyok az Európai Unióban

15. 1. 1. Lakosság:

A lakosság alakulása:

Az EU-27-ek lakosainak száma 2011-ben 1,3 millió fővel növekedett. A lakosság lélekszáma nyolc országban csökkent, tizenkilenc országban növekedett. Németországban 2011-ben a lélekszám 92.000 fővel növekedett. A

demográfusok szerint a lakosság számának növekedéséhez a fejlett országokban az egy nőre eső szükséges szülések száma átlagosan 2,1.

Az EU tagállamaiban 2011-ben az egy nőre eső átlagos születésszám csak Írországban érte el a 2,1-et, Franciaországban és Nagy-Britanniában 2010-ben a kettőt. Az EU-ban a születésszám 2011-ben Magyarországon 1,2, Lettországban, Lengyelországban és Romániában egyaránt 1,3, Németországban 1,4 volt.

A születési ráta mellett a természetes népességnövekedést a várható életkor növekedése és a potenciális szülői életkorban levő kontingensek erőssége is befolyásolja. A különböző tényezők összjátékának eredményeként Franciaország lakossága 2011-ben kereken 273.000 fővel növekedett, miközben Németországban az elhalálozottak száma 190.000 fővel haladta meg a világra jövőket.

Az EU-27-ek lakossága 2011-ben a bevándorlás következtében kereken 869.000 fővel növekedett. A legfontosabb célország Németország volt, kereken 282.000 bevándorlóval. A nettó elvándorlás Spanyolországban a legmagasabb (kereken 42.000 fő).

Az időskorú népesség aránya:

A [jelenlegi] EU-27-ekben 1991-ben száz 15 és 64 közötti (a keresőtevékenység életkorában levő) személyre huszonegy 65 éves vagy annál idősebb személy jutott. Hús évvel később ezek száma már huszonhatra emelkedett, 2060-ig pedig előreláthatóan EU-szerte el fogja érni az ötvenhármast. Összehasonlításként: Németországban 1991-ben a keresőképesség életkorában levő 100 személyre még 22 nyugdíjaskorú jutott. Számuk 2011-ben már 31 volt, 2060-ig pedig előreláthatóan eléri a 60-at.

15.1.7. Jövedelmek, szegénység, szociális kirekesztés:

Jövedelmek:

A jövedelmek és a vásárlóerő tekintetében Németország az EU-27-ekben kedvező helyzetben van: Lengyelországban az árkülönbségek figyelembevételével az emberek a németországi lakosság átlagjövedelmének 44%-ával rendelkeztek. Ebben a viszonylatban a jövedelmek Luxemburgban voltak a legmagasabbak (149%), ill. Bulgáriában (31%) és Romániában (20%) a legalacsonyabbak.

Szegénység és szociális kirekesztés:

Az EU »Europa 2020« jövőstratégiájának célkitűzése, hogy a szegénység és a szociális kirekesztés által érintettek száma 2020-ig 2008-hoz viszonyítva 20 millió fővel csökkenjen. Ezzel szemben az érintett személyek száma 2008 és 2011 között EU-szerte 3,9 fővel növekedett.

Elszegényedés általi veszélyeztetettség:

Az EU-ban elszegényedés által veszélyeztetett helyzetben vannak azok a személyek, akik az állami szociális szolgáltatások kifizetését követően a lakosság

átlagjövedelmének 60%-ánál kevesebbel rendelkeznek. Ez tehát a relatív szegénység állapotának felel meg, a szegénységi küszöb országonként változó. Az EU-27-ekben 2011-ben az elszegényedés általi veszélyeztetettség aránya átlag 17% volt, ami kerekén 84 millió EU-polgárnak felel meg. Ez az arány Bulgáriában, Romániában és Spanyolországban a legmagasabb (22%). Németországban a lakosság 16%-a érintett. Az elszegényedés általi veszélyeztetettség aránya Csehországban a legalacsonyabb (10%).

Jelentős anyagi nélkülözés:

Az EU-27-ekben a jelentős anyagi nélkülözésben élők aránya 2011-ben Bulgáriában (44%) és Lettországon (31%) volt a legmagasabb, de Romániában (29%) és Magyarországon is (23%) jelentős mértékű. Európai összehasonlításban a németországi lakosságnak viszonylag jól megy dolga, mindössze 5%-a érintett. Az anyagi nélkülözésben élők aránya Luxemburgban és Svédországban egyaránt 1%, az EU-27-ek átlaga 9%.

15.1.8. Egészségügy:

Németországban 2010-ben az egészségügyre fordított kiadások összege 287 milliárd EUR volt.

Orvosi ellátás:

2008 és 2010 között az EU 21 tagállamából álltak rendelkezésre adatok. Az ellátórendszer 2010-ben Ausztriában volt a legkedvezőbb helyzetben: 100.000 lakosra 478 praktizáló orvos jutott. A 100.000 lakosra jutó praktizáló orvosok száma Németországban 373 volt. Ez a mutató Lengyelországban (100.000 lakosra 218 orvos) és Romániában (237) volt a legalacsonyabb.

A 100.000 lakosra jutó kórházi ágyak száma 2010-ben Németországban 825 volt, messze a legmagasabb az EU-27-ekben. Az ágyszám Svédországban volt a legalacsonyabb (100.000 lakosra 273 ágy). Az EU átlaga 538 ágy volt, miközben 2000-ben még 640 ágyat számláltak.

Születéskor várható életkor:

Az elmúlt évtizedekben a várható életkor az EU összes tagállamában növekedett. Egy 2011-ben Svédországban született fiú várható életkora átlagosan 80 év, Németországban 78 év, Litvániában 68 év.

A nők várható életkora: egy 2011-ben Spanyolországban született lány várható életkora 85 év, Németországban 83 év, Romániában és Bulgáriában 78 év.

Egészségi állapot:

2011-ben az EU polgárainak több mint kétharmada (69%) jónak, vagy nagyon jónak ítélte meg saját egészségi állapotát, további 22%-a pedig kielégítőnek találta azt. Az értékelés teljesen szubjektív módon történt, tehát nem kapcsolódott olyan determinánsokhoz, mint az orvos-beteg kontaktusok gyakorisága. Az elégedettség az életkorral arányosan csökken, ám ennek ellenére 2011-ben még a

85 év fölöttiek egynegyede (25%) jónak vagy nagyon jónak ítélte meg saját egészségi állapotát, további 39% pedig még ebben a magas életkorban is kielégítőnek találta.

Halálokok:

Az EU-ban a legfontosabb halálokok 2010-ben: a szív- és érrendszeri megbetegedések (100.000 lakosra 209 eset), valamint a rosszindulatú daganatok (100.000 lakosra 167 eset). Németországban a rákos megbetegedéseknél a halálozási arány 159, valamivel alacsonyabb, mint az EU átlaga. Ezzel szemben a közép-és kelet-európai országokban átlagon felüli. A rákos megbetegedések halálozási rátája Magyarországon kiugróan magas (100.000 lakosra 239 eset). A szív- és érrendszeri megbetegedéseknél a halálozási ráta az EU tagállamaiban még nagyobb eltéréseket mutat. Igen magas a halálozások száma Bulgáriában (617) és Romániában (540). Németországban ez az érték megfelel az EU-27-ek átlagának (209). Viszont messze az EU-27-ek átlaga alatt van Franciaországban (115) és Spanyolországban (138).

Kontakt:

Dr. Roland Habich

Tel.: +49 30 25491 300

E-mail: roland.habich@wzb.eu

A jelentés fejezetenként és egységes szerkezetben a Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung honlapján (432 p.):

<http://www.wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2013>

[Lásd még: *Jelentés Németország szociális helyzetéről 2011-ben – Datenreport 2011, 2012. 12-13-14. sz.*] (KB)