

Jelentés Németország szociális helyzetéről 2011-ben
Datenreport 2011. Band II.

Statistisches Bundesamt (Destatis) – Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) –
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), 2011 augusztus

9. fejezet: Karin Böhm: Egészség és szociális biztonság

9. 1. A lakosság egészségi állapota és az egészségügyi ellátás erőforrásai:

9. 1. 1. Megbetegedések és baleseti sérülések:

2009-ben a lakosság 15%-a nyilatkozott egészségi állapotáról, ennek 14%-a jelzett megbetegedést, 1%-a baleseti sérülést. Ez az érték 13%-kal magasabb az előző, 2005. évi megkérdezésnél.

Az életkori tényező: 2009-ben a 15-39 év közöttiek körében a megbetegedettek és baleseti sérültek aránya 11%, a 40-64 év közöttieknél 14%, a 65 év fölöttieknél 23% volt.

A megbetegedés és a baleset jellege: 2009-ben a balesetek 31%-a szabadidős baleset, 27%-a háztartási, 21%-a munkabaleset volt. A férfiaknál a balesetek 35%-a szabadidős baleset, 28%-a szolgálati vagy munkabaleset volt. A 15-25 év közötti férfiaknál a balesetek 62%-a szabadidős, a 65 év fölötti férfiaknál 49%-a háztartási baleset volt. Nőknél a balesetek 37%-a háztartási, 26%-a szabadidős baleset volt. A 65 év fölötti nők 55%-a szenvedett háztartási balesetet.

A balesetet szenvedettek 86%-a vett igénybe orvosi segítséget, 75%-a részesült ambuláns, 11%-a kórházi ellátásban.

9. 1. 2. A betegek diagnózisai és kórházi ápolása:

Diagnózisok:

A kórházi eseteket Németországban a kórházi diagnózisok statisztikájában (*Krankenhausdignosestatistik*) rögzítik. 1999-2009. között a nőknél a kezelési esetek száma 299.500 esettel (3,2%-kal) nőtt, férfiaknál 904.300 esettel (11,8%-kal) emelkedett. Azt a tényt, hogy ezek az adatok a demográfiai folyamatokból következnek, a standardizált ráták bizonyítják: 1999-2009. között a kezelési esetek standardizált rátája összességében (2,2%-kal) és mindkét nemnél csökkent. A 100.000 lakosra jutó kezelési esetek száma nőknél 2,9%-kal 21.400 kezelési esetre, férfiaknál 2,3%-kal, 17.700 esetre csökkent.

A kórházban tartózkodást 2009-ben leggyakrabban a keringési rendszer megbetegedései okozták. Ez 2,7 millió kezelési esetet jelent, ami az összes eset 15%-a; 1999-hez viszonyítva 5%-os csökkenés.

Ezt követik a daganatos megbetegedések: 1,9 millió eset, az összes eset 10%-a, 1999-hez viszonyítva 11%-os csökkenés.

Harmadik helyen állnak a sérülések, mérgezések és egyéb külső hatások következményei: 1,8 millió eset, az összes diagnózis 10%-a, 1999-hez viszonyítva 12%-os növekedés.

A legnagyobb arányú növekedés az idegrendszer megbetegedéseinél figyelhető meg: 69% (1999.: 418.000 eset; 2009.: 707.000 eset).

A fertőző és parazitás megbetegedések aránya 57%-kal, az izom- és csontrendszeri és kötőszöveti megbetegedések aránya 36%-kal növekedett.

Műtétek és gyógykezelési eljárások:

Az esetátalányokon alapuló kórházstatisztika eredményei szerint 2009-ben a teljeskörű fekvőbeteg ellátásban részesülő betegek számára kerekén 4,5 millió műtétet hajtottak végre és kezelési eljárást alkalmaztak, az előző évhez viszonyítva ez 8%-os növekedést jelent. Egy-egy kórházi tartózkodásra átlagosan 2,6 ilyen jellegű beavatkozás jut.

A műtéti és procedúrakulcs fejezete szerint dekódolva 32%-kal a műtétek (14,4 millió jelölés) állnak az első helyen, ezt követik 27%-kal a nem műtéti terápiás eljárások (12,1 millió jelölés), majd 20%-kal a diagnosztikai intézkedések (9,1 millió jelölés).

A végrehajtott műtétek sorrendje: mozgásszervi műtétek (3,9 millió), emésztőszervi traktus műtétei (2,2 millió), bőr és alhám műtétei (1,1 millió). Nőknél a leggyakoribb műtétek: női nemi szerv szakadás/gátrepedés utáni műtétje (235.600 eset), császármetszés (173.800 eset), bélműtétek (172.000 eset).

9. 1. 3. Súlyos fogyatékoság és ápolásra szorultság:

Az ellátási hivatalok által 2009. december 31-én hivatalosan elismert, érvényes igazolvánnyal rendelkező súlyos fogyatékkal élők száma 7,1 millió, a lakosság 9%-a volt, ezek 52%-a férfi.

A fogyatékoság oka 82%-nál betegséggel függ össze, 4%-nál veleszületett, 2%-nál baleset vagy foglalkozási betegség, 1%-nál háborús, katonai vagy civil szolgálatban szerzett, 11%-nál egyéb (több okhoz kapcsolódó, vagy nem kellőképpen definiált ok).

Az ápolásra szorultság a Társadalombiztosítási Törvénykönyv (*Sozialgesetzbuch – SGB*) XI. könyve értelmében az a személy, aki mindennapi élete során – betegség vagy fogyatékoság miatt – tartósan és jelentős mértékben mások segítségére szorul. Az ápolásra szorultság fennállásának megállapításáról szóló döntést az ápolási pénztárak, ill. a privát biztosítótársaságok hozzák meg.

Németországban 2009 decemberében az ápolásra szoruló személyek száma 2,34 millió volt, ezek 83%-a 65 év fölötti, 35%-a 85 év fölötti; 65%-a nő.

1999. óta az ápolásra szorulóak száma jelentősen növekedett: 1999-ben 2,02 millió, 2009-ben 2,34 millió volt. Ez a lakosság elöregedésének tulajdonítható: 1999-ben a 80 év fölöttiek száma 2,9 millió, 2009-ben 4,2 millió volt.

Az életkor és az ápolásra szorultság összefüggése: a 70-75 év közöttiek 5%-a, a 90 év fölöttiek 59%-a szorul ápolásra. Feltűnő, hogy 80 év fölött a nők körében megugrik az ápolásra szorultság aránya: 85-90 év közötti nőknél 42%, férfiaknál 28%.

Az otthoni ápolásban részesülők helyzete: 2009 decemberében az ápolásra szorulóak 69%-a (1,69 millió) részesült otthoni ellátásban. Ezek közül 1.066.000 ápolásra

szoruló kizárólag pénzbeli ellátásban részesült. További 555.000 ápolásra szoruló ambuláns ápolási szolgáltatók közreműködésével láttak el.

A teljeskörű bentlakásos intézményi ellátásban részesülők száma 717.000 (31%) volt. Szövetségi szinten 2009 decemberében 11.600 engedélyezett teljeskörű, vagy részben bentlakásos ellátást nyújtó ápolási intézmény létezett, ezek többsége (10.400) teljeskörű bentlakásos ellátást nyújtott. Egy ápolási otthonra átlagosan 64 ápolásra szoruló személy jutott.

Az ápolási intézmények személyzete:

Az intézmények foglalkoztatottainak száma összesen 621.000 volt, ennek több mint a fele (59%) részmunkaidős, 85%-a nő. A foglalkoztatottak 66%-a az ápolás, gondozás területén működik.

A foglalkoztatottak végzettsége: többségében egészségügyi és betegápoló, idősápoló. Az ápolás, gondozás területén működők 47%-a idősápolói (33%), egészségügyi és betegápolói (13%), vagy egészségügyi és gyermekápolói (1%) végzettséggel rendelkezik.

2009 decemberében 12.000 engedélyezett ambuláns szolgálat létezett, 269.000 foglalkoztatottal. Ezek 71%-a részmunkaidős, 87%-a nő volt, 70%-a az alapápolás területén működött.

9. 1. 4. Halálokok:

Általános halálozási adatok:

1990-2009. között az általános halálozás folyamatosan csökkent. A 100.000 lakosra eső életkor szerint standardizált halálozások száma 1.127-ről 762-re csökkent. Ez 32%-os, férfiaknál 37%-os, nőknél 32%-os csökkenést jelent.

Leggyakoribb halálokok:

A leggyakoribb halálok férfiaknál és nőknél egyaránt a krónikus ischemiás szívbetegség: 2009-ben összesen 74.000, férfiaknál 34.000, nőknél 40.000.

Az öt legfontosabb halálok a szív- és keringési megbetegedések körébe tartozik: krónikus ischemiás szívbetegség, akut szívizominfarktus, szívelégtelenség, hirtelen szívhalál, hipertenzív szívbetegség. Mindezek 90.000 férfi és 129.000 nő halálát okozták.

További fontos halálokok a rákos megbetegedések (rosszindulatú daganatok), férfiaknál 5.000 (tüdő, prosztata, vastagbél), nőknél 39.000 (mell, tüdő, vastagbél) haláleset.

Idő előtti elhalálozás:

Ezen a 65 év alatti életkorban való elhalálozást értik. A szakirodalomban gyakran alkalmazott fogalom: *Potential Years of Life Lost (PYLL)*. Az 1990-2009 közötti időszakban a 100.000 lakosra jutó idő előtti halálozások aránya 36%-kal csökkent (189 haláleset), férfiaknál 234, nőknél 136 haláleset.

Az életkor:

A halálozáskor való átlagéletkor 2009-ben 77,1 év volt; nőknél 80,6 év, férfiaknál 73,1 év. 1999-2009. között az élettartam 4%-kal növekedett, ez a férfiakat és a nőket egyenlő mértékben érintette.

Csecsemőhalandóság:

A csecsemőhalandóság az 1990-es évek óta folyamatosan csökken: 2009-ben 1.000 élveszülésre 3,5 haláleset jutott, ez fiúknál 3,9 halálesetet, lányoknál 3,1 halálesetet jelentett.

2009-ben az első életévükben elhalálozott csecsemők száma 2.334 volt, ebből 1.339 fiú, 995 lány. A csecsemőhalálozások abszolút számának csökkenése 1999-2009. között 63% volt.

9. 1. 5. Az egészséget befolyásoló releváns faktorok:

Dohányzás:

2009-ben a 15 év fölöttiek 26%-a ismerte be, hogy dohányzik. 2003-ban és 2005-ben ez az arány 27%, 1999-ben 28% volt. A férfiak aránya csökken: 1995-ben 36%, 2009-ben 31%, a nőknél konstans (2009-ben 21%). A nők minden korcsoportban kevésbé gyakran dohányoznak, mint a férfiak.

A rendszeresen dohányzók aránya: 2009-ben az összes megkérdezett 22%-a, a férfiak 26%-a, a nők 18%-a.

Az elfogyasztott dohány mennyiség: 2009-ben a rendszeresen dohányzók 80%-a naponta 5-20 cigarettát, 20%-a naponta több mint 20 cigarettát szívott, ezek közül csaknem minden hatodik (16%) férfi, minden tizenegyedik (9%) nő.

A nemdohányzók aránya 74%, ezek közül 54% soha nem dohányzott, 20% leszokott. A nemdohányzók aránya az életkorral növekedik: a 25-29 év közötti korcsoportban az arány 62% (soha nem dohányzott 48%, ex-dohányos 13%). A 65 év fölöttiek körében a nemdohányzók aránya 91% (65% soha nem dohányzott, 26%-a dohányzott).

Testsúly:

Az Egészségügyi Világszervezet besorolása szerint 2009-ben több mint minden második (18 éven felüli) felnőtt (51%) túlsúlyos volt. (1999.: 48%, 2003.: 49%, 2005.: 50%). 2009-ben a felnőtt lakosság 15%-a volt erősen túlsúlyos. A túlsúlyosság a férfiak 60%-át, a nők 43%-át, az erősen túlsúlyosság a férfiak 16%-át, a nők 14%-át érintette.

Korcsoportok szerint: A férfiak minden korcsoportban gyakrabban túlsúlyosak, mint a nők. A 20-24 év közöttiek körében több mint minden negyedik férfi (29%) és majdnem minden ötödik nő (18%) túlsúlyos. A 70-74 év közöttieknél a férfiak 74%-a, a nők 63%-a túlsúlyos.

A szubnormális súly (18,5-nél kisebb Body-Mass-Index) sokkal ritkább: 2009-ben a nők 3%-át, a férfiak 1%-át érintette. A 18-20 éves nők 13%-a, a 20-25 évesek 9%-a volt szubnormális súlyú.

9. 1. 6. Kórházi ellátás, rehabilitációs intézmények:

Németországban 1991. óta kerül sor az egységes szövetségi szintű kórházi statisztika összeállítására. Az alapvető adatok: a kórházak tárgyi felszereltsége és személyzettel való ellátottsága (kórházak száma, ágyszám, orvostechnikai nagykészülékek, orvosi és nem orvosi személyzet), betegadatok (esetszám, elszámolási napok és ápolási napok), teljesítményadatok (ágykihasználtság mértéke, átlagos tartózkodási idő).

A kórházak felszereltsége:

2009-ben az összesen 2.084 kórházban kereken 503.300 ágy állt a fekvőbeteg ellátás rendelkezésére. 1991-hez viszonyítva a kórházbezárások és -fúziók folytán a kórházak száma 14%-kal csökkent és csaknem minden negyedik kórházi ágyat (24%) leépítettek. 2009-ben a kórházak átlagosan 242 ágyat működtettek (1991.: 276).

Egy teljes munkaidős orvosnak 2009-ben szövetségi átlagban naponta 14,8 ágyat (1991.: 29,3), a teljes munkaidős nem orvosi személyzetnek 2,9 ágyat (1991.: 3,6), egy teljes munkaidős ápolónak 6,4 ágyat (1991.: 8,6) kellett ellátnia.

A kórházak szolgáltatásai és kihasználtsága:

A kórházakban 2009-ben 17,8 millió beteg részesült teljeskörű fekvőbeteg ellátásban. Az elszámolási/kihasználtsági napok száma 142,4 millió volt. Az esetszám 1991-hez viszonyítva 22%-kal növekedett, az elszámolási/kihasználtsági napok száma 30%-kal csökkent.

Az átlagos ápolási idő 2009-ben szövetségi szinten 8 nap volt. A fekvőbetegként kórházban való tartózkodás időtartama 1991-ben még 14 nap volt.

A kórházi tartózkodás időtartama szakterületek szerint: szemészetben 3,4 nap, szívsebészetben 10,6 nap, geriatriai osztályon 16,2 nap, pszichiátriai osztályon 23 nap, gyermek- és ifjúságpszichiátriai és pszichoterápiás osztályon 41 nap.

2009-ben a kórházi ágyak kihasználtsága szűk 78% volt (1991.: 84%). Szakterületek szerint: pszichiátriai osztályokon 92% (pszichiátrián és pszichoterápián maximum 93%), geriatriai osztályon 90%; legalacsonyabb a nukleáris medicina osztályokon volt (57%).

A rehabilitációs intézmények felszereltsége:

Németországban 2009-ben 1.240 rehabilitációs intézmény működött, 171.500 ágygal. Az intézmények száma 1991-1996. között 19%-kal, az ágyak száma 1991-hez viszonyítva 1998-ig 30%-kal növekedett. Azóta mind az intézmények, mind az ágyak száma csökken. Összességében 1991-2009. között a rehabilitációs intézmények száma 5%-kal, az ágyak száma 19%-kal növekedett.

Szövetségi szinten 100.000 lakosra átlagosan 1,5 rehabilitációs intézmény és 209 ágy áll rendelkezésre.

Szövetségi átlagban 2009-ben egy rehabilitációs intézményre 138 ágy jutott (1991.: 122).

1991-hez viszonyítva a teljes munkaidős személyzet száma az orvosi és az ápolási szolgálatban 39%-kal, ill. 61%-kal, az ápolási napok száma 12%-kal növekedett.

A személyzettel való ellátottság magasabb mint a kórházakban. A rehabilitációs intézményekben egy teljes munkaidős orvosnak naponta 84,5 kihasznált ágyat (1991.: 105,2), a teljes munkaidős nem orvosi személyzetnek naponta 8,3 kihasznált ágyat, egy teljes munkaidős ápolónak naponta 33 kihasznált ágyat kell ellátnia.

A rehabilitációs intézmények szolgáltatásai és kihasználtsága:

A rehabilitációs intézményekben gondozott betegek száma 2009-ben 2 millió volt (1991.: 1,5 millió). A betegek összesen 51,1 millió ápolási napot töltöttek kórházban, 5,4 millió ápolási nappal többet, mint 1991-ben. Ebből szövetségi szinten átlagosan 25,5 ápolási nap adódik (1991.: 31).

A rehabilitációs intézmények ágykihasználtsága 2009-ben 82% volt (1991.: 87%).

Az ágykihasználtság szakterületek szerint: pszichiátrián és pszichoterápián 91%, pszichoterápiás medicina osztályon 89%, általános osztályon 64%.

9. 1. 7. Az egészségügyi személyzet:

Az egészségügyi személyzetről szóló felmérés szerint 2009. december 31-én az egészségügyben foglalkoztatottak száma 4,7 millió volt, ami az összes foglalkoztatott 11%-ának felel meg. Az egészségügyi személyzet körébe öt foglalkozási csoportot sorolnak: egészségügyi szolgáltatási foglalkozások, szociális foglalkozások, egészségügyi iparosok, egészségügyi szakfoglalkozások és egyéb egészségügyi foglalkozások.

2004-2009. között a foglalkoztatottak száma 345.000-rel (8%-kal) növekedett. A növekedés zöme az egészségügyi szolgáltatási foglalkozások területén létesített 253.000 új munkahelynek tulajdonítható. Ebbe a körbe tartoznak a közvetlen betegellátást végző személyek: orvosok, betegápolók. 2009-ben az egészségügyi személyzetnek több mint a fele (2,7 millió, 57%) ezen a területen működött.

A második legnagyobb csoportot (30%) az első négy csoport egyikébe sem sorolható egyéb egészségügyi személyzet alkotja (konyhai, mosodai, takarítószemélyzet, kézbesítők). 2009-ben 1,4 millió személy végzett ilyen tevékenységet. 2004-hez viszonyítva azonban ebben a csoportban 1%-os (9.000 állás) csökkenésre került sor, ami a szolgáltatások kiszervezésének tulajdonítható.

2009-ben a szociális foglalkozások területén működött 414.000 fő (az egészségügyi személyzet 9%-a). Itt viszont 2004-2009. között a foglalkoztatottak száma 96.000-rel (30%-kal) növekedett. Ez elsősorban az idősápolók iránti magas keresletnek tulajdonítható. Figyelembe veendő, hogy az egészségügyi személyzetről szóló felmérés az idősápolóknak csak egy részére, az ápolási otthonokban dolgozóakra terjed ki, a lakóotthonokban dolgozókra nem.

Az egészségügyi ipar területén működő foglalkoztatottak (optikusok, gyógyszerészeti kereskedelmi alkalmazottak) száma 2009-ben 240.000 volt (az egészségügyi személyzet 5%-a). Számuk 2004-2009. között enyhén csökkent (-1.000; ill. -1%). Az egyéb egészségügyi szakfoglalkozások körében viszont a munkahelyek száma 6.000-rel (6%-kal) növekedett.

A nők aránya az egészségügyi foglalkoztatottak körében: 2009-ben az egészségügyben 3,5 millió nő dolgozott (74%). Szakmai csoportok szerint: fogászati szakalkalmazottak 99%, gyógyszerészeti kereskedelmi alkalmazottak 97%, orvostechikai asszisztensek 92%, orvosok 42%, fogorvosok 41%, egészségügyi iparosok 50%, egyéb egészségügyi foglalkozások 61%. A foglalkoztatottak számának alakulása tekintetében: 2009-ben 2004-hez viszonyítva az orvosnők száma 19.000-rel, az orvosoké négyszázzal, a fogorvosnőké 3.000-rel növekedett, sőt a fogorvosoké ötszázzal csökkent.

A teljes munkaidőre átszámított foglalkoztatottak száma (ún. teljes munkaidős ekvivalens) 2009-ben 3,6 millió volt, ami 2004-hez viszonyítva 5%-os (176.000 állással) növekedett. Ez azt jelenti, hogy 2004-2009. között nemcsak a munkahelyek száma, hanem a foglalkoztatás volumene is növekedett.

2009-ben az egészségügyi személyzet 57%-a teljes munkaidőben, 31%-a részmunkaidőben, 11%-a csekély mértékű munkaidőben dolgozott. Miközben 2004-2009. között a teljes munkaidős személyzet aránya konstans maradt, a részmunkaidősöké 23%-kal (273.000), a csekély mértékű munkaidőben dolgozóké 15%-kal (72.000) növekedett.

A teljes munkaidős férfiak aránya 82%, a nőké 49%, a részmunkaidős férfiak aránya 11%, a nőké 38% volt; nőknél a csekély mértékű foglalkoztatottság aránya 13%, férfiaknál 7%.

Az egészségügyi személyzet intézmények szerint:

Az egészségügyi személyzet zöme (84%) az ambuláns, a kórházi és részben kórházi ellátás területén működik. 2009-ben a foglalkoztatottak száma az ambuláns ellátás területén 2,1 millió, a kórházi fekvőbeteg és részben fekvőbeteg ellátás területén 1,9 millió volt.

2004-2009. között a foglalkoztatottak száma az ambuláns ellátás területén erőteljesebben növekedett (185.000 állás, 10%), mint a fekvőbeteg és részben fekvőbeteg ellátás területén (129.000 állás, 7%). Ez elsősorban a praxisokban alkalmazott egyéb egészségügyi személyzet (80.000, 29%) és az ambuláns ápolás területén alkalmazott személyzet (65.000, 32%) számának növekedésével függ össze.

A fekvőbeteg és részben fekvőbeteg ellátás területén a személyzet száma 2004-2009. között az összes intézményben növekedett. Ez elsősorban az ápolási intézményekben volt erőteljes: 98.000 fő, ill. 19%. A kórházakban 2009-ben a foglalkoztatottak száma 25.000 fővel (2%-kal) volt több mint 2004-ben. Az adott időszakban azonban a kórházakban a teljes munkaidős ekvivalens az egyes foglalkozási csoportok körében különbözőképpen alakult. Miközben ez 2004-2009. között az orvosoknál 12%-kal (14.000 fővel) növekedett, az ápolási foglalkozásoknál 0,4%-kal (2.000 fővel) csökkent.

Az egészségügyet kiszolgáló iparok területén 2009-ben a foglalkoztatottak száma 309.000 (7%), az igazgatásban 198.000 (4%), a mentőszolgálatoknál 52.000 (1%), az egyéb egészségügyi intézményekben 173.000 (4%) volt. 2004-2009. között a foglalkoztatottak száma csak az igazgatásban csökkent (13.000 fővel, 6%-kal).

9. 1. 9. Az egészségügyre fordított kiadások:

A Szövetségi Statisztikai Hivatal 1992. óta állítja össze az egészségre fordított népgazdasági forrásfelhasználás statisztikáját.

2008-ban az egészségügyre fordított kiadások összege 263,2 milliárd EUR volt. Ebből 254,3 milliárd EUR-t folyó egészségügyi kiadásokra, 8,9 milliárd EUR-t épületfenntartásra és egészségügyi felszerelésekre fordítottak. 2000-2008. között tehát az egészségügyi kiadások nominális növekedése 24,1% volt. Ebben az időszakban a fogyasztói árindex 15,0%-kal, a GDP 20,3%-kal növekedett. Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 10,3%-ról 10,5%-ra emelkedett.

Egészségügyi kiadások fenntartók szerint:

2008-ban a kötelező betegbiztosítás viselte az egészségügyi kiadások 58%-át (151,5 milliárd EUR). A privát háztartások és a privát non-profit szervezetek 35,3 milliárd EUR-t költöttek, az egészségügyi összkiadások 13%-át adták. A privát betegbiztosítás kiadásainak összege 24,9 milliárd EUR (9%), a szociális ápolásbiztosításé 19,2 milliárd EUR (7%) volt. A privát háztartások és a privát non-profit szervezetek kiadásai 2000-2008. között 10,9 milliárd EUR-ral növekedtek, ami évi 4,7%-os növekedésnek felel meg. Az egészségügyi összkiadások növekedése viszont mindössze 2,7% volt. Ugyancsak átlagon felül növekedtek a privát betegbiztosítás kiadásai (7,3 milliárd EUR, évi 4,4%).

Egészségügyi kiadások szolgáltatások szerint:

Az „árakra” fordított kiadások összege 2008-ban 73,0 milliárd EUR (az egészségügyi kiadások 28%-a) volt. Árukön értendő: a gyógyszerek, kötszerek, segédeszközök, anyag- és laborköltségek a fogpótlásnál és egyéb egészségügyi kellékek. Orvosi szolgáltatásokra 71,5 milliárd EUR-t (27%), terápiás és ápolási szolgáltatásokra 61,9 milliárd EUR-t (24%), igazgatásra 13,5 milliárd EUR-t (5%) fordítottak.

Egészségügyi kiadások intézmények szerint:

Az egészségügyi szolgáltatások súlypontja egyértelműen az ambuláns és a teljeskörű és részben fekvőbeteg ellátásokra esik. Az ambuláns intézményekre fordított kiadások összege 2008-ban 130,9 milliárd EUR volt, ami az egészségügyi összkiadások 50%-ának felel meg. Ebből az orvosi praxisokra 40,2 milliárd EUR, a gyógyszertárakra 38,5 milliárd EUR jutott.

Az egészségügyi ipar javaira és szolgáltatásaira 17,0 milliárd EUR-t, fogorvosi praxisokra 16,8 milliárd EUR-t, egyéb praxisokra, pl. pszichoterápiás praxisokra 8,1 milliárd EUR-t fordítottak.

A teljeskörű és részben fekvőbeteg ellátásra 94,6 milliárd EUR-t költöttek, ezen belül kórházakra 66,7 milliárd EUR-t, (részben) bentlakásos ápolási intézményekre 19,9 milliárd EUR-t költöttek.

2008-ban az „igazgatási” fejezetre 15,1 milliárd EUR-t (6%) költöttek. További 7,8 milliárd EUR jutott az egyéb intézmények szolgáltatásaira és a privát háztartásokra, ezek között az ápolást végző hozzátartozókra és az ehhez kapcsolódó pénzbeli ellátásra, taxiköltségre, betegszállításra és munkahelyi egészségügyre.

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.

Az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya tekintetében a sorrend: Egyesült Államok 16,0%, Franciaország 11,2%, Svájc 10,7%, Németország és Ausztria 10,5%.

Az USD vásárlóerő paritásban kifejezett egy főre eső egészségügyi kiadások szempontjából a sorrend: Egyesült Államok 7.450 USD/fő, Norvégia 5.000 USD/fő, Luxemburg 4.240 USD/fő, Németország 3.750 USD/fő.

Az egészségügyi kiadások növekedése nem német sajátosság, az minden nyugati ipari államban megfigyelhető. Feltűnő, hogy az OECD más országaival összehasonlítva Németország mindkét indikátor tekintetében alacsony növekedést ért el. A német egészségügyben – a médiákban terjedő ilyen híresztelések ellenére – nem beszélhetünk „költségrobbanásról”.

9. 1. 9. Betegségekre fordított költségek:

2008-ban Németországban a betegségekre fordított költségszámítás szerint 254,3 milliárd EUR-t fordítottak az egészség megtartására és a betegségek enyhítésére. Ez egy főre 3.100 EUR. A betegség és baleset miatti munkahelyi kiesésekből 2008-ban csaknem 4,3 millió elveszett keresőtevékenység év keletkezett.

Betegségekre fordított költségek és elveszett keresőtevékenységi évek diagnózisok szerint:

A betegségekre fordított költségeknek a fele négy betegséghez kötődik: szív-érrendszeri megbetegedések 15%, emésztőrendszeri megbetegedések 14%, pszichés és viselkedészavarok és izom- és csontrendszeri megbetegedések 11-11%.

A munkaerőpiacon az elveszett keresőtevékenységi évek három diagnóziscsoportra vezethetők vissza: sérülések és mérgezések (20%), pszichés és viselkedészavarok (18%), daganatos megbetegedések (12%).

Miközben a betegségekre fordított költségek összege 2002. óta 16,2%-kal növekedett (+35,5 milliárd EUR), a munkaerőpiaci veszteség ugyanazon időszakban 5%-kal csökkent (-264.000 elveszett keresőtevékenységi év).

A pszichés megbetegedések egyre inkább előtérbe kerülnek. 2002-2008. között a költségnövekedés 5,3 milliárd EUR (+22,9%) és 144.000 elveszett keresőtevékenységi év, magasabb, mint az összes többi betegségnél. A pszichés megbetegedések 2002-2008. között a betegségekre fordított költségek tekintetében a negyedik helyről a harmadikra, az elveszett keresőtevékenységi évek tekintetében a harmadikról a második helyre léptek elő.

9. 1. 10. Összefoglalás:

A német egészségügy évek óta jelentős szervezeti és finanszírozási átalakulásokon megy keresztül. Ebben oroszlánrészük van a demográfiai folyamatok és orvostechnikai előrehaladás általi kihívásoknak.

A szakértők abból indulnak ki, hogy az egészségügyi javak iránti jövőbeli kereslet továbbra is növekedni fog. Az emberek öregednek és számos megbetegedés összefügg az idősokkal. Ezenkívül a diagnosztikai és terápiás lehetőségek egyre szélesebbekké válnak. A növekvő életminőséggel az emberek egészségügyi szükségletei is növekednek. A politikai döntéshozók mozgásterét az egészségügyi ellátás erőforrásainak elosztása tekintetében végesek. Az egészségügy a szociális biztonság más területeivel verseng. Az egészségügyi javak iránt továbbra is növekvő kereslet finanszírozhatóságának kérdése döntő módon az egészségügy szereplőinek felelősségteljes hozzáállásától függ.

9. 2. Hanfried P. Andersen – Markus Grabka: Egészségi állapot, egészségtudatosság

9. 2. 1. Az egészségi állapot megítélése és az egészségi állapottal való elégedettség:

Miközben az egészségi állapot megítélésében az „objektív” értékelés érvényesül erőteljesebben, az egészségi állapottal való elégedettség tekintetében a „szubjektív” momentum tükröződik. Mindkét értékelés függ a tényleges egészségi állapottól, egyidejűleg azonban az egészségi jól-lét iránti igénytől is. Ha az elégedettség csökken, ez az egészségi állapot tényleges rosszabbodásának vagy a megnövekedett igényszintnek tulajdonítható. Ezzel magyarázható például az az észlelés, hogy hasonló egészségi állapot esetén az időskorúak elégedettsége magasabb, mint a fiatalabbaké. A magasabb képzettség és a magasabb jövedelem az egészségi állapot jobb megítélésével, a magasabb képzettség egészségtudatosabb magatartással jár. A nők kritikusanabban ítélik meg egészségi állapotukat, mint a férfiak.

9. 2. 2. Túlsúly és elhízás:

A testsúly folyamatos megfigyelése az egészségügyi jelentéstételi rendszer és az elsődleges prevenció fontos feladata. Vitatott kérdés, hogy a súlycsökkentésre irányuló akciókat ki kell-e terjeszteni az „elhízás előtti” állapot csoportjára, amely a felnőtt lakosság egyharmadát teszi ki. Nem vitás viszont, hogy a 30-as és annál magasabb BMI-vel rendelkező személyek elhízottnak számítanak, akiknek számolniuk kell a kísérőbetegségek kockázatával.

9. 2. 3. Az ambuláns egészségügyi szolgáltatások igénybevétele:

Az ambuláns szolgáltatások igénybevételét két indikátorral írják le: A „minőségi igénybevétel” azon személyek arányára vonatkozik, akik a megkérdezést megelőző három hónap során legalább egyszer jártak orvosnál. A betegek negyedévenkénti „kontaktusfrekvenciája” inkább az egyes betegségekizódokra vonatkozik és az orvosok döntéseiről és terápiás cselekvéseiről is mond valamit. A kontaktusoknak a betegségekizódokon belüli gyakoriságát az egyes orvosok beutalási és visszarendelési szokásai is meghatározzák.

Az adatok az orvoslátogatások folyamatos csökkenését mutatják. A 2003-2004 közötti erőteljes csökkenés a praxisdíj bevezetésével függ össze. Az elkövetkező években azonban az orvos-beteg-kontaktusok száma ismét visszaállt az előző évek szintjére.

9. 2. 4. A fekvőbeteg ellátás igénybevétele:

A fekvőbeteg ellátás igénybevételének leképezése ugyancsak két indikátor segítségével történik. Az ún. szocio-ökonómiai panel keretében a kórházban töltött „éjszakák” számát rögzítik. Az első indikátor azon személyek arányát rögzíti, akik az elmúlt év során egy éjszakát töltöttek betegként kórházban. A másik indikátor az elmúlt év során az egy betegre jutó kórházban töltött éjszakák számát írja le. Mivel a kórházi beutalásról a saját rendelővel rendelkező orvosok döntenek, azok aránya, akik egy évben legalább egyszer be voltak utalva, az orvosok hozzáállásától függ.

Németországban a kórházi tartózkodások időtartama nemzetközi összehasonlításban átlagon felüli. A politika alapelve ezért, hogy az „ambuláns elsőbbséget élvez a fekvőbeteg ellátással szemben”, a fekvőbeteg szektor kiadásainak csökkentése érdekében. 1995-2009. között ugyan a kórházi ellátásban részesülő személyek száma azonos volt, az ápolási idő csaknem a felére csökkent.

A nők gyakrabban részesülnek kórházi kezelésben, másrészt az életkorral arányosan növekedik a kórházban való tartózkodás időtartama. Ennek ellenére az ápolási idő az időskorúak körében csökkent a legerőteljesebben. 1995-2009. között az ápolási idő 11 nappal, 16 napra csökkent. Ez az ambuláns ápolási szolgáltatások jelentőségének növekedésével függ össze.

Összefoglalás: Nemzetközi összehasonlító vizsgálatok szerint az egészségügyi kiadásoknak a GDP-hez viszonyított aránya tekintetében Németország a világ élvonalába tartozik. Ugyanakkor az egészségügyi ellátás minősége tekintetében Németország nem tartozik az elsők közé. Megnyugtató viszont, hogy a német egészségbiztosítási rendszer széleskörű fedezetet nyújt az egészségi kockázatokkal szemben. Az is igaz, hogy az egészségügyi rendszer átalakítása során ez a fedezet ugyanúgy változik, mint a biztosítottak és a betegek pénzügyi megterheltsége.

9. 3. fejezet: Thomas Lampert et al.: Egészségi egyenlőtlenségek

9. 3. 1. Jövedelem és egészség:

Az elszegényedés kockázatának kitett személyek saját általános egészségi állapotukat is kevésbé jónak vagy rossznak értékelik. Ebben a tekintetben különbségek vannak a közepes és a magasabb jövedelemszintű csoportok között. A jövedelemfüggőség minden korcsoportban kimutatható. Az elszegényedés által veszélyeztetett férfiaknál a kevésbé jó vagy rossz egészségi állapot kockázata 2,7-szer magasabb, mint a magasabb jövedelműeknél; ez az arány a nőknél 2,2:1.

A 45 év fölötti korcsoportban az elszegényedés által veszélyeztetetteknél bizonyos megbetegedések még gyakrabban jelentkeznek: pl. szívinfarktus, hirtelen szívhalál, angina pectoris, magas vérnyomás, diabétesz, krónikus májbetegség, osteoporózis, arthrosis és depresszió. A férfiaknál összefüggés állapítható meg az elszegényedés kockázata és a szívelégtelenség, az arthritisz és a krónikus veseelégtelenség között. A nőknél a felsoroltak mellett ugyancsak gyakrabban jelentkeznek a bronchiális asztma és a magas vérzsírérték.

A jövedelem összefüggése a mortalitással és a várható életkorról: A szegénységi küszöbszint alatt élő férfiak és nők mortalitási kockázata a magasabb jövedelműekének a 2,7-szerese, ill. 2,4-szerese. Az alacsony jövedelmi csoportban tartozó férfiak születéskor várható életkora 11 évvel alacsonyabb, mint a magasabb jövedelmi csoportba tartozóké, nőknél a különbség nyolc év. Feltűnő, hogy a közepes jövedelmi csoportba tartozóknál is különbségek mutatkoznak, így a jövedelemszinttel összefüggésben a várható életkor egyfajta lépcsőzetességéről beszélhetünk.

9. 3. 2. Képzettség és egészség:

A 2009. évi GEDA-vizsgálat („*Gesundheit in Deutschland*”, Robert-Koch-Institut) szerint az összes korcsoportba tartozó alacsonyabb képzettségű személyek gyakrabban állították, hogy a krónikus megbetegedés jelentős mértékben korlátozza őket mindennapi életük alakításában. Alacsonyabb képzettségű férfiaknál a funkcionális korlátozottság 2,4-szer, nőknél 1,9-szer nagyobb, mint a magasabb képzettségűeké.

Alacsonyabb képzettségű férfiaknál az erős testi fájdalmak kockázata 2,2-szer nagyobb, mint a magasabb képzettségűeknél; nőknél az arány 2,6:1. A fájdalom előfordulása tekintetében a közepes és a magasabb jövedelmi csoportok között is kimutatható a különbség, ez azonban statisztikailag csak a nőknél szignifikáns.

A képzettség és a dohányzás összefüggése: Az alacsonyabb képzettségű férfiaknál és nőknél a dohányzás kockázata 1,9-szer, ill. 2,3-szor nagyobb, mint a magasabb jövedelműeknél.

A képzettség és a sporttevékenység összefüggése: Az alacsonyabb képzettségű férfiaknál a sport mellőzésének kockázata 3,1-szer nagyobb, mint a magasabb jövedelműeknél; nőknél az inaktivitás kockázata 2,7-szer nagyobb, mint a magasabb jövedelműeknél.

A képzettség és a várható életkor összefüggése: Az érettségizett 45 éves férfiak Németországban 5,3 évvel élnek tovább, mint a velük egykorú, nyolc elemi végzettek.

9. 3. 3. Munkahely és egészség:

2009-ben a megbetegedéssel összefüggő munkahelyi hiányzások 24%-át izom- és csontrendszeri megbetegedések, 15%-át légzőszervi megbetegedések, 13%-át balesetek és sérülések, 8%-át pszichés és viselkedészavarok, 6%-át a keringési rendszer megbetegedései okozták.

2009-ben 100 biztosítottra 114,3 megbetegedési eset jutott, ami átlagosan 12,0 napot jelent. A manuális és szolgáltatási tevékenységet végzők körében a betegszabadság gyakoribb és hosszabb, mint a magas képesítésű, tudásalapú foglalkozásoknál.

A munka általi megterhelés percepciója és a képzettség összefüggése: A magas képzettségű foglalkoztatottak sokkal ritkábban érzik magukat egészségi szempontból erőteljesen megterheltnak, mint azok, akik szakiskolában tanulták a mesterséget. A férfiaknál ez az összefüggés minden korcsoportban megmutatkozik, nőknél csak a 18-44 év közötti foglalkoztatottak körében. A 45-64 év közötti nők körében ezzel szemben a magas képzettségűek valamivel gyakrabban számolnak be erőteljes megterhelésről, mint azok a nők, akik szakiskolába jártak.

9. 3. 4. Munkanélküliség és egészség:

A munkanélküliek megbetegedéseiről és egészségi bántalmairól a kötelező betegbiztosítás keresőképtelenségről szóló statisztikája szolgáltat adatokat. Ebből kitűnik, hogy 2009-ben a munkanélküli biztosítottak tagonként 20,9 nappal jóvel gyakrabban voltak munkaképtelenek, mint a kötelező, vagy önkéntes biztosítással rendelkező foglalkoztatottak (11,3 nap, ill. 5,8 nap).

A munkanélküli biztosítottaknál munkaképtelenségi napokat okozó leggyakoribb diagnózisok: pszichés és viselkedészavarok, szenvedélybetegségek, anyagcserezavarok, izom-csontrendszer megbetegedései, idegrendszeri megbetegedések. 2009-ben a munkanélküli biztosítottaknál a munkaképtelenségi napok száma mintegy kétszer annyi volt, mint az alkalmazott biztosítottaknál.

A munkanélküliek egészségtelen életstílusa: A dohányzás kockázata férfiaknál 2,9-szer, nőknél 1,7-szer nagyobb; a fizikai inaktivitás tekintetében a viszony férfiaknál 32,;1, nőknél 3,6:1; a túlsúlyosság tekintetében férfiaknál 1,4:1, nőknél 2,1:1.

A munkanélküliek alkoholfogyasztása: A kórházstatisztika szerint a munkanélküliek gyakrabban kerülnek kórházba „alkohol miatti pszichés és viselkedészavarok” diagnózisával (ICD10: F10).

A 2009. évi GEDA-vizsgálat szerint a munkanélküli férfiak 17%-a és a nők 15%-a véli úgy, hogy egészségkárosodásuk a munkahely elvesztésével függ össze. A nők 71%-a, és a férfiak 74%-a szerint mióta munkanélküliek, egészségi állapotuk rosszabbodott.

9. 3. 5. Migráció és egészség:

A migránsok egészségi állapotáról a 2009. évi mikrocenzus szolgáltat adatokat. A 44 év alatti migránsok a megkérdezést megelőző négy hónap során ritkábban voltak betegek, mint a lakosság többi része. A 45-64 és közöttiek és a 65 év felüliek körében azonban a migrációs háttérrel rendelkezők valamivel gyakrabban szenvednek

megbetegedésben vagy baleset következményeiben, mint a migrációs háttér nélküli referenciacsoport.

Dohányzás a migránsok körében: Az aktuálisan dohányzók aránya a migránsok körében férfiaknál jelentősen magasabb (36% vs. 29%), nőknél valamivel alacsonyabb (20% vs. 21%), mint a migrációs háttér nélküli lakosságé.

Gyakori halálokok: 2008-ban a német lakosság körében a leggyakoribb halálokot a keringési rendszer megbetegedései jelentették, a külföldi lakosság körében ezzel szemben a halálozások legnagyobb részét a rákos megbetegedések okozták.

9. 3. 6. Folyamatok és trendek:

Az ún. „szocio-ökonómiai panel” (SOEP) az 1994-2009. közötti időszakban vizsgálta az általános egészségi állapot önértékeléseinek változásait. A 18-64 év közötti lakosság tekintetében a három megfigyelési periódus (1994-1999; 2000-2005; 2006-2009) összehasonlításából kitűnik, hogy az elmúlt tizenöt év során növekedett az alacsonyabb jövedelmi csoporthoz tartozó azon férfiak és nők aránya, akik egészségi állapotukat kevésbé jónak vagy rossznak ítélik meg. A magasabb jövedelmi csoport és a közepes jövedelmi csoporthoz tartozó nők körében ezzel ellentétes folyamat figyelhető meg. A kevésbé jó vagy rossz egészségi állapot kockázatára vonatkozóan, az életkor befolyásának kontrollját követően kijelenthető, hogy az alacsonyabb és a magasabb jövedelmi csoport közötti különbség férfiaknál 46%-kal, nőknél 39%-kal növekedett.

A dohányzás és a sporthoz való viszonyulás alakulása: Az 1998-2008. közötti időszakban, elsősorban a fiatalok körében a dohányzás csökkenése figyelhető meg. A csökkenés a magasabb képzettségűek körében korábban következett be és erőteljesebben is nyilvánult meg, mint az alacsonyabb képzettségűeknél.

A sporttevékenység tekintetében 1994-2009. között jelentős növekedés figyelhető meg. Feltűnő, hogy a 18-44 év közöttiek körében csökkent azok aránya, akik az utóbbi négy hét során nem folytattak semmilyen sporttevékenységet. A magasabb képzettségűeknél azonban ez a folyamat sokkal nyilvánvalóbb, mint a középfokú és az alacsonyabb képzettségűeknél. Az életkori effektus kontrollját követően a fizikai inaktivitás kockázatának növekedése az alacsonyabb képzettségűeknél a magasabb képzettségűekhez viszonyítva férfiaknál 61%-ra, nőknél 72%-ra becsülhető. (KB)

9. 4. fejezet: Heiko Pfaff et al.: A szociális biztonság rendszere

9. 4. 1. A szociális költségvetés:

Néhány éve Németországban vita zajlik a szociális rendszerek reformjáról. Ennek csak néhány példája: a nyugdíjkorhatár 67 évre emelése, az ápolásbiztosítás átalakítása, az ún. Hartz-IV szerinti munkanélküliségi járandóságok újraszámítása az Alkotmánybíróság ítélete következtében, a szülői támogatás megszüntetése és a nevelési támogatás bevezetése a családpolitika területén.

A szociális költségvetés szolgáltatásainak összege Németországban 2008-ban 723,4 milliárd EUR volt. A szociális szolgáltatásoknak a GDP-hez viszonyított aránya 2008-ban 29% volt.

A finanszírozás szereplői: az állam (szövetség, tartományok, települések), a munkaadók és a privát háztartások.

2008-ban a szociális költségvetés legnagyobb részével a „társadalombiztosítási rendszerek” rendelkeztek. A betegbiztosítás, ápolásbiztosítás, balesetbiztosítás, a munkanélküliek biztosítása és a nyugdíjbiztosítás. Ezekre az ágazatokra összesen 439,5 milliárd EUR jutott. A „támogatási és gondoskodási rendszerek” 133,0 milliárd EUR-ban részesültek. Ide tartoznak: a gyermektámogatás és a családi szolgáltatások kiegyenlítése, a nevelési támogatás/szülői támogatás, a munkahelykeresők alapszolgáltatása, a munkanélküliségi segély/egyéb munkaügyi támogatás, a képzési és előmeneteli támogatás, a szociális segélyek, a gyermek- és ifjúsági segélyezés, valamint a lakbér- vagy lakásfenntartási támogatás.

A „munkaadói rendszereknek” 60,6 milliárd EUR-t juttattak. Ide tartoznak: a bértovábbfolyósítása megbetegedés esetén, a vállalati időskori gondoskodás és a köztisztviselők kiegészítő biztosítása, valamint egyéb munkaadói szolgáltatások (pl. vállalati lakások rendelkezésre bocsátása).

A „közszolgálat rendszerei” 2008-ban 7%-kal, 53,4 milliárd EUR-ral részesültek a szociális költségvetésből. Itt is előtérben áll az időskori gondoskodás.

A „kárptólási rendszerek” az idő múlásával veszítenek jelentőségükből. A nemzetiszocializmus (1933-1945) áldozatainak kárptólására 2008-ban 3,6 milliárd EUR-t fordítottak.

Az ún. „különleges rendszerekre”: a földművesek időskori biztosítására (2008.: 3,0 milliárd EUR), a szabadfoglalkozásúak biztosítására (2008.: 3,5 milliárd EUR) és a privát időskori gondoskodásra (2008.: 0,1 milliárd EUR) együttesen a szociális költségvetés szűk 1%-a jutott.

9. 4. 2. Kötelező nyugdíjbiztosítás:

Németországban az időskorúak és a hátramaradt hozzátartozók biztosítása az alábbi intézmények szolgáltatásaiból áll össze: a kötelező nyugdíjbiztosítás, a közszolgálati nyugdíjak, a közszolgálati kiegészítő biztosítás, a földművesek időskori segélyezése, egyes szakmai kiegészítő biztosítások, önkéntes munkaadói szolgáltatások. 2002-ben az ún. Riester-nyugdíj bevezetésével erősödött a privát gondoskodás. A legátfogóbb a kötelező nyugdíjbiztosítás, amelynek szolgáltatásai a szociális költségvetés keretében 2008-ban érték a 244,8 milliárd EUR-t.

A 2008 közepén kifizetett 24,7 millió nyugdíj 77%-a biztosított nyugdíj, 23%-a túlélő hozzátartozó számára fizetett nyugdíj volt. A szolgáltatásokra fordított kiadások összetétele: 220,8 milliárd EUR nyugdíjkifizetés, 14,9 milliárd EUR a nyugdíjasok beteg- és ápolásbiztosítása, 5,1 milliárd EUR a fogyatékkal élők inklúziójára.

Az általános nyugdíjbiztosítás keretében 2008-ban a havi átlagnyugdíj összege férfiaknál 945 EUR, nőknél 524 EUR volt. A különbség abból adódik, hogy a nők keresőtevékenységük során alacsonyabban fizetett tevékenységeket végeztek és családi okokból időnként megszakították vagy korábban befejezték keresőtevékenységüket.

A nyugdíjbiztosítás finanszírozása az 1957. évi reform óta az ún. „felosztó-kirovó” elv alapján történik, ami azt jelenti, hogy a jelenlegi foglalkoztatottak a „generációs szerződés” alapján viselik a korábbi munkavállalók nyugdíjait.

A kötelező nyugdíjbiztosítás legfontosabb forrásai a munkavállalók és a munkaadók által fizetett járulékok. A járulék mértéke jelenleg a bruttó bér 19,9%-a. A járulékbévételekből az összbevételek 68%-át finanszírozzák. A szövetség ehhez 26%-os támogatást nyújt. Egyéb bevételi források, mint a vagyonhozamok vagy más intézmények befizetései, csekély jelentőséggel rendelkeznek. A lakosság elöregedésével várható, hogy a járulékfizetők és a nyugdíjasok közötti arány kedvezőtlenebbé válik. Ezzel függ össze a nyugdíjkorhatár 2012-ben kezdődő, fokozatos 67 évre emelése.

9. 4. 3. Kötelező betegbiztosítás:

A kötelező betegbiztosítás tagjai: a rendszeres foglalkoztatási viszonyban levő dolgozók vagy alkalmazottak, akiknek az éves jövedelme nem haladja meg a járulékszámítás határértékét, a nyugdíjasok, a tanoncok, a tanulmányaikat végzők és a munkanélküliek. Ugyancsak kötelező módon biztosítási viszonyal kell rendelkezniük a mezőgazdasági vállalkozóknak és velük együtt dolgozó hozzátartozóiknak, valamint az önálló keresőtevékenységet végzők néhány kisebb csoportjának.

2008-ban 70,2 millió polgár élvezte a kötelező betegbiztosítás általi védelmet. Ezek közül 29,7 millió kötelező tagként, 4,5 millió önkéntes tagként, 16,9 millió nyugdíjasként, 19,2 millió hozzátartozóként rendelkezett biztosítással.

A szociális költségvetés számításai szerint 2008-ban a kötelező betegbiztosítás szolgáltatásainak összege 158,9 milliárd EUR volt. A legnagyobb költségvetelt a kórházi kezelések alkották (50,9 milliárd EUR).

A kötelező betegbiztosítás kiadásai:

A kiadások jellege:	2007	2008
	milliárd EUR	
Kiadások összesen	154,0	160,9
Orvosi és fogorvosi kezelések	32,6	33,9
Gyógyszerek, segédeszközök, fogpótlás	39,3	41,2
Kórházi kezelés	49,1	50,9
Táppénz	6,0	6,6
Igazgatási költségek	8,2	8,3

Forrás: Szövetségi Egészségügyi Minisztérium

9. 4. 4. Szociális ápolásbiztosítás:

A szociális rendszer 1995-ben egy újabb pillérrel, az ápolásbiztosítással bővült. Az otthoni (ambuláns) ápolás szolgáltatásai 1995 áprilisa óta, a bentlakásos intézményi ápolás szolgáltatásai 1996 júliusa óta állnak rendelkezésre. A kötelező ápolásbiztosítás kifizetések mértéke a mindenkori segítség iránti szükséglethez igazodik, amely alapvetően három fokozatra tagolódik.

A III. ápolási fokozatba tartozó személyek részére a bentlakásos intézményi ápolás keretében 2008 júliustól 2010 elejéig a havi szolgáltatások összege 1.470 EUR volt., ami 2010 elején 1.510 EUR-ra emelkedett. Az ambuláns ápolás területén pénzübeli ellátás és természetbeni ellátás igénybevétele van lehetőség. A természetbeni ellátás esetén a szolgáltatásokat ambuláns ápolási szolgálatok bocsátják rendelkezésre. A pénzübeli ápolási díj segítségével az érintett, pl. hozzátartozói által saját maga biztosíthatja a szolgáltatást. A pénzübeli ápolási díj összege a III. ápolási fokozatban 2010. óta havi 685 EUR. 2008 július – 2009 december között ennek összege még 675 EUR volt. A III. ápolási fokozatban 2010. óta az otthoni ápolásban a természetbeni szolgáltatások összege 1.510 EUR, korábban 1.470 EUR volt. Az ambuláns ápolás területén a pénzübeli és a természetbeni ellátások kombinációjára is lehetőség nyílik. A 2008-ban bevezetett ápolási reform keretében a demenciás betegek részére kiterjesztették a szolgáltatások körét.

2008-ban a szociális ápolásbiztosításban 70,2 millió személy rendelkezett biztosítással. A kötelező biztosítás keretében az ápolásbiztosítás szolgáltatásaiban részesült 2,1 millió ápolásra szoruló személy, ezek közül 1,4 millió (68%) ambuláns, 0,7 millió (32%) a bentlakásos intézményi ellátás keretében. Az ápolásra szorulóknak 54%-a a I. ápolási fokozat, 34%-a a II. fokozat, 12%-a a III. fokozat szerint részesült szolgáltatásokban. A kiadások 47%-át a teljeskörű bentlakásos intézményi ápolásra, 22%-át pénzübeli ellátásra, 14%-át természetbeni ellátásokra fordították; a fennmaradó 17% egyéb szolgáltatásokra, igazgatási költségekre és egyéb kiadásokra szolgált.

Az ápolásbiztosítás finanszírozása a munkavállalók és a munkaadók által fele-fele arányban viselt járulékokból történik. A járulék mértéke 1996 közepéig a bruttó bér egy százaléka volt. A bentlakásos intézményi ápolás bevezetésével ezt 1,7%-ra emelték. 2005. január 1. óta a nyugdíjasok is a teljes mértékű, 1,7%-os járulékot fizetik. A járulék 2008. július 1-től 1,95%-ra emelkedett.

9. 4. 5. Munkanélküliségi biztosítás:

A munkanélküliek szociális biztonsági rendszerének átalakítására az ún. Hartz-IV-reform keretében 2005 elején került sor. Ez egy kettős tagolású szociális biztonsági rendszer bevezetését jelentette:

- az első fokozat: egy bértől független biztosítási szolgáltatást tartalmaz (az ún. *Arbeitslosengeld I*). Ebben 2008-ban 0,9 millió személy részesült, akik számára kerekén 13,9 milliárd EUR kifizetésére került sor. A munkanélküliségi biztosítás szolgáltatásaira fordított kiadások összege 28,9 milliárd EUR volt. A munkanélküliségi biztosítás további szolgáltatásai pl. a beilleszkedési támogatás, fogyatékkal élők inklúziója a munka világába, rövid ideig tartó munkaviszony esetén nyújtott szolgáltatások,

- a második fokozat: 2005 eleje óta az adókból finanszírozott gondoskodási szolgáltatás: „munkahelykeresők alapbiztosítása”. Az első fokozattól eltérően ez nem biztosítási szolgáltatás, a jogosultság mértéke nem a legutolsó munkabérhez, hanem a szolgáltatásra jogosult személyek tényleges létfenntartási szükségleteihez igazodik.

9. 4. 6. Minimális biztosítási rendszerek:

A szociális minimális biztosítási rendszerek transzfert szolgáltatásai az állam által nyújtott pénzügyi segélyeket jelentik, amelyeket a szolgáltatásra jogosult személyek alapvető létfenntartása céljából fizetnek. Ebbe a körbe a következő szolgáltatások tartoznak:

- szociális segély a Társadalombiztosítási Törvénykönyv (Sozialgesetzbuch – SGB) II. Könyve szerint (*Arbeitslosengeld II*);
- létfenntartáshoz nyújtott folyó segítség a szociális segélyezés intézményi keretein kívül az SGB XII. Könyve szerint;
- alapbiztosítás időskorúak részére és keresetcsökkenés esetén az SGB XII. Könyve szerint;
- a menedékkérők szolgáltatásairól szóló törvény szerinti rendszeres szolgáltatások;
- hadigondozottak szolgáltatásai a szövetségi hadigondozási törvény szerint.

2008 végén Németországban 7,6 millió személy részesült a fenti transzfert szolgáltatásokból. Ez azt jelenti, hogy a Németországban élők 9%-a egzisztenciája fenntartásához az állam pénzügyi segítségére szorult. 2008-ban az állam 40,3 milliárd EUR-t fordított ezekre a szolgáltatásokra.

9. 4. 7. Támogatási rendszerek:

Lakásfenntartási és lakbértámogatás:

A lakásfenntartási támogatás a szövetség és a tartományok által fele-fele arányban a lakásköltségekhez nyújtott hozzájárulás. Ebben az alacsonyabb jövedelmű háztartások részesülnek. Ez megjelenhet a lakbér, vagy a fenntartási költségek támogatása formájában. Az összeg a háztartás nagyságától, jövedelmétől és a támogatható lakbértől vagy fenntartási költségtől függ.

2009 végén Németországban 860.000 háztartás részesült lakásfenntartási támogatásban, ami az előző évhez viszonyítva 47%-os növekedést jelent. 2009 végén az összes privát háztartás 2,1%-a (előző évben 1,6%-a) részesült támogatásban. A támogatások 90%-a lakbértámogatás, 10%-a fenntartási támogatás volt.

2009 végén a támogatásban részesülők 45%-a nyugdíjas, 36%-a keresőtevékenységet végző, 10%-a munkanélküli, 9%-a tanulmányait végző, vagy még nem kereső volt.

Szülői támogatás:

A 2007. január 1-én bevezetett szülői támogatás a gyermek születését megelőző tizenkét hónapban kiesett havi átlagjövedelem 67%-a amennyiben az anya teljesen feladta keresőtevékenységét. Részmunkaidő esetén a szülői támogatás összege a szülés

előtti jövedelem és a szülői támogatás idején való (rész)jövedelem közötti különbség 67%-a. A szülői támogatás összege minimum 300, maximum 1.800 EUR.

A támogatásra jogosultak azok az anyák és apák, akik:

- a gyermek megszületését követően saját maguk gondozzák és nevelik a gyermeket;
- nem végeznek heti 30 óránál hosszabb keresőtevékenységet;
- gyermekeikkel egy háztartásban élnek;
- lakóhellyel vagy szokásos tartózkodási hellyel rendelkeznek Németországban.

2009 első felében 323.000 gyermek született. 2010 szeptemberig 379.000 anya és apa vette igénybe a támogatást. 75.000 gyermek esetén a támogatást az apa vette igénybe (23%; 2008.: 21%).

Gyermek és ifjúsági támogatás:

A gyermekek és fiatalok számára nyújtott nevelési támogatások (SGB VIII. Könyv) spektruma igen széles. Ez egyrészt tartalmazza a családtámogatási segélyt, amely lehetővé teszi a gyermeknek a család körében maradását („ambuláns segély”), másrészt a családot helyettesítő segélyeket, amelyek nyújtására a szülői házon kívül kerül sor.

A gyermek és ifjúsági támogatás célcsoportja a 27 év alattiak korcsoportja. 2009-ben 836.000 fiatal részesült nevelési támogatásban.

1991. december 31-én összesen 115.000 szülőházon kívüli segélyt regisztráltak. 2009 végéig ezek száma 142.000-re emelkedett, ami 23%-os növekedést jelent. Közben a nappali csoportok részére nyújtott segítség 6.000-ról 17.600-ra emelkedett, tehát megháromszorozódott, a teljeskörű ellátásban részesülő fiatalok aránya 31%-kal növekedett (43.900-ról 57.500-ra). Ezzel szemben az otthonban vagy valamely más védett lakásban elhelyezett fiatalok aránya 5%-kal (60.900-ra) csökkent.

2009-ben az állam 26,9 milliárd EUR-t fordított gyermek és ifjúsági támogatásra. Ebből 16,2 milliárd EUR-t (60%) a gyermekek nappali gondozására, 7,1 milliárd EUR-t nevelési támogatásra költöttek. Ez utóbbi tétel 56%-át (3,9 milliárd EUR) a fiatalok szülőházon kívüli elhelyezésére, nevelőotthoni, vagy egyéb védett otthonban való elhelyezésre fordították. (KB)

16. fejezet: Németország Európában

16. 1. Johanna Mischke: Alapvető adatok az Európai Unióról

16. 1. 1. Lakosság:

A lakosság lélekszámának alakulása:

Az EU-27-ek lakosságának száma az elmúlt években folyamatosan növekedett. A gyarapodás csak 2009-ben 1,4 millió volt. A lakosság száma 19 országban növekedett, nyolc országban csökkent, Németországban 2009-ben 200.000 lakossal csökkent.

A születési ráta: Az egy anyára eső szülések száma egyedül Írországban érte el (az optimálisnak tekintett) 2,1-et, Franciaországban 2,0 volt. A születési szám Lettországban, Portugáliában és Magyarországon a legalacsonyabb (1,3), Németországban 1,4.

A természetes népszaporulat Franciaországban 277.000 fő volt, ezzel szemben Németországban az elhalálozottak száma 189.000 fővel haladta meg a világra jöttékét. A migráció általi népességnövekedés: 2009-ben az EU összlakossága 877.000 legális bevándorlóval gyarapodott. A legfontosabb célország Olaszország volt (318.000 bevándorló), legtöbben Írországból vándoroltak el (-28.000).

Az időskorúak aránya:

2009-ben az EU-27-ekben 100 keresőképes életkorban levő (15-64 év közötti) személyre még 21 személy jutott, aki 65 éves vagy annál idősebb, 2010-ben már 26; 2050-ben pedig már 53 lesz.

16. 1. 2. Gyermek és család:

Az EU-ban 2009-ben 5,3 millió gyermek született, 58.000 gyermekkel kevesebb, mint 2008-ban. Az 1960-as években az EU jelenlegi 27 tagállamában még több mint 7 millió gyermek született. A születések száma 1969-hez viszonyítva 2009-ben 27%-kal csökkent. Németországban a csökkenés 42% (2009.: 0,7 millió, 1969.: 1,1 millió). Legdrasztikusabb a csökkenés Romániában (-52%) és Portugáliában (-48%). Gyarapodás csak Luxemburgban (+24%) és Írországból (+18%) tapasztalható.

A háztartások struktúrája:

2009-ben csak minden harmadik háztartásban (32%) van gyermek: a háztartások 22%-ában házaspár él gyermekekkel, 4%-ában egyedülálló szülő neveli gyermekét.

A privát háztartások 68%-ában csak felnőttek éltek: ezek 30%-a egyedülálló volt, 25%-a párkapcsolatban élt. Több mint minden tizedik személy (13%) más családtípushoz tartozik. Az egyedülállók aránya Németországban 39%, a déli államokban alacsonyabb: Cipruson, Máltán, Portugáliában és Spanyolországban az egyszemélyes háztartások aránya 20% alatt van.

Házasságkötések és válások:

A házasságkötések száma csökken, de a házasságkötési kedv országoként különböző. Az 1.000 lakosra jutó házasságkötések száma Lengyelországban a legmagasabb (6,6), alacsonyabb Szlovéniában 3,2, Bulgáriában 3,4, Németországban 4,6 volt.

A válások száma az EU-ban évente ezer. Az 1.000 lakosra jutó válások száma Belgiumban a legmagasabb (3,0), Németországban 2,3, Olaszországban 0,9.

16. 1. 3. Oktatás:

Állami kiadások:

2007-ben Dánia a GDP 7,8%-át fordította oktatásra, Svédország, Belgium, Finnország és Franciaország a GDP 5,6-6,7%-át, Németország 4,5%-át.

Kutatás-fejlesztés:

Az „Európa 2020 stratégia” keretében az EU-tagállamok részére kitűzött cél, hogy 2020-ig a kutatás-fejlesztésre fordított összeg érje el a 3%-ot.

2009-ben Svédország 3,6%-ot, Finnország 4,0%-ot, Németország 2,8%-ot fordított kutatás-fejlesztésre, az EU átlaga 2,0% volt.

16. 1. 4. Gazdaság és pénzügyek:

Gazdasági teljesítmény:

Görögország gazdasági teljesítménye 2010-ben az előző évhez viszonyítva 4,5%-kal csökkent.

A gazdasági növekedés 2010-ben Németországban 3,6%, Svédországban 5,7%, az EU átlaga 1,8% volt.

Pénzügyek:

Az eurózónában 2010-ben az államháztartási hiány a GDP -6,0%-a volt. Az eurózóna 16 tagállamából 14 nem érte el a 3%-os kritériumot: Írországból a GDP -32,4%-a, Görögországban -10,5%-a, Németországban -3,3%-a volt; az eurózónán kívül az Egyesült Királyság -10,4%-os deficittel zárta a sort.

Az államadósság az eurózóna 12 tagállamában meghaladta a GDP 60%-át: Görögországban 143%, Olaszországban 119%, Németországban 83%. Németország legutóbb 2001-ben tartotta be a 60%-os határt. Az államadósság Luxemburgban volt a legalacsonyabb (a GDP 18%-a). Az eurózónán kívül Magyarország és az Egyesült Királyság kivételével minden tagállam betartotta a 60%-os referenciaértéket.

Infláció:

Az infláció rátája az eurózóna hét országában 2,0%, vagy annál magasabb volt. Legmagasabb Görögországban volt (4,7%). Az árstabilitás Németországban (1,2%), Hollandiában (0,9%) és Szlovákiában (0,7%) a legmagasabb. Az eurózónán kívül Romániában a legmagasabb az infláció (6,1%). Lettországból (1,2%-os) és Írországból (1,6%-os) deflációt regisztráltak.

16. 1. 5. Munkaerőpiac és foglalkoztatás:

Keresőtevékenység:

Az „Európa 2020 stratégia” célkitűzése, hogy a 10-64 év közötti lakosság körében a keresőtevékenységet végzők aránya 2020-ig érje el a 75%-ot. 2010-ben ezt már az EU hat tagállama elérte. A keresőtevékenységet végzők aránya Svédországban 79%, Németországban 75%, az EU átlaga 69%. Legalacsonyabb Máltán és Magyarországon: 60%.

A foglalkoztatás helyzete:

A foglalkoztatás több éves növekedést és a 2009. évi visszaesést követően 2010-ben tovább csökkent. A visszaesés Bulgáriát és Litvániát érintette a legsúlyosabban (5%), de Észtországban, Lettországból és Írországból is jelentős. Európai viszonylatban a csökkenés 5%-os. Németország 0,5%-os növekedést ért el.

Az időskorúak foglalkoztatása:

Az 55-64 év közöttiek foglalkoztatásának aránya az EU-ban 2010-ben 46%, Svédországban 71%, Németországban 58% volt. Legalacsonyabb Máltán, kevesebb mint egyharmad.

A nők foglalkoztatása:

2010-ben az EU-ban a 20-64 év közötti foglalkoztatottak 75%-a férfi, 62%-a nő volt, 2000-ben azonban a nők aránya még csak 57% volt. A nők foglalkoztatásának aránya Svédországban 76%, Dániában 73%, Németországban 70%. Legalacsonyabb Máltán: 50% alatt.

Gender Pay Gap – a férfiak és a nők bérezése közötti különbség:

A férfiak és a nők bruttó órabére közötti százalékos különbség 2009-ben Németországban 23%, Észtországban 31%, Csehországban 26%, Ausztriában 25% volt. A különbség Szlovéniában a legalacsonyabb (3%).

Keresettel nem rendelkezők:

[**Fogalommeghatározás: Keresettel nem rendelkezők – Erwerbslose** = Azok a 15-74 év közötti személyek, akik a statisztikai adatfelvétel hetében nem rendelkeztek munkával, a munka felvételére azonnal készen álltak, valamint az elmúlt négy hét során aktív munkakeresők voltak vagy munkahelyet találtak, amelyet az elkövetkező három hónap során óhajtottak elfoglalni.]

2010-ben az EU-ban a 15-74 év közötti keresőtevékenységet végző lakosság 9,7%-a nem rendelkezett munkával (2009.: 9,0%). Az EU-átlag alatti az arány Ausztriában Luxemburgban és Hollandiában (5%), valamint Németországban (7%), legmagasabb Spanyolországban (20%) és Lettországon (19%).

16. 1. 6. Privát háztartások: jövedelem, szegénység, anyagi helyzet:

Jövedelem:

A vásárlóerő közötti különbségeket figyelembe véve a luxemburgi lakosoknak 2008-ban 50%-kal több pénz állott rendelkezésükre, mint a németeknek, a lengyeleknek viszont 40%-kal kevesebb, mint a németeknek. A jövedelmi helyzet Romániában és Bulgáriában még rosszabb.

A szegénység általi fenyegetettség:

Az „Európa 2020 stratégia” keretében az EU-tagállamok célkitűzése, hogy 2020-ig a szociális kirekesztés által érintettek száma 20 millióval csökkenjen. 2009-ben az EU-ban a szociális kirekesztés 114 millió személyt érintett.

Németországban 2008-ban a lakosság 16%-át érintette a szegénység általi fenyegetettség. Ezek aránya Lettországon a legmagasabb (26%) és Csehországban a legalacsonyabb (9%); az EU átlagában 16%, ami 80 millió személynek felel meg.

Súlyos anyagi nélkülözésben élők:

2009-ben Bulgáriában a lakosság 42%-a, Romániában 32%-a, Magyarországon és Lettországon a lakosság egyötöde élt súlyos anyagi nélkülözések között, ami azt jelenti, hogy számukra bizonyos anyagi javak elérhetetlennek számítanak. Németországban a lakosság 5%-a, Luxemburgban, Svédországon és Hollandiában 2%-a él nélkülözésben.

16. 1. 7. Egészség:

Az orvosok száma:

2007-2009. között az EU 20 tagállamából álltak rendelkezésre adatok. A 100.000 lakosra jutó praktizáló orvosok száma Ausztriában 468, Németországban 356, Lengyelországban 212, Romániában 222.

A várható életkor:

A férfiak születéskor várható életkora 2009-ben Svédországon 79 év, Németországban 77 év, Litvániában 68 év volt.

A nők születéskor várható életkora 2009-ben Franciaországban 85 év, Németországban 82 év, Romániában és Bulgáriában 77 év volt.

Egyes országokban, pl. Hollandiában és Németországban a férfiak és a nők várható életkora közötti különbség az elmúlt évtizedek során valamelyest csökkent.

A lakosság egészségi állapota:

2009-ben az EU lakosainak több mint egyharmada (68%) jónak vagy nagyon jónak, további 23%-a kielégítőnek értékelte egészségi állapotát. Az értékelés azonban szubjektív, nem vesz figyelembe olyan determinánsokat, mint pl. az orvos-beteg-kontaktusok gyakorisága.

16. 1. 8. Közlekedés:

Személyszállítás:

Az EU-ban a közúti közlekedés messze a legjelentősebb: 2008-ban az EU-27-ek közül 25 országban a személyszállítás 90%-a közúton történt. Németországban a belföldi személyszállítás 91%-a történ közúton, ennek 85%-a személygépkocsival, 6%-a buszon. A vasúti személyszállítás csak két országban (Magyarországon 12%, Ausztriában 11%) haladta meg a személyszállítás 10%-át.

A motorizáció mértéke:

Az EU-ban 2009-ben 1.000 lakosra 473 személygépkocsi jutott: Luxemburgban 678, Németországban 509 (41,7 millió személygépkocsi volt forgalomban. Még a legalacsonyabb aránnyal rendelkező Romániában is öt személyre jut egy személygépkocsi.

16. 1. 9. Környezet és fenntarthatóság:

Hajtógáz kibocsátás:

A „20-20-20” klíma- és energiapolitikai célkitűzések keretében az EU 2020-ig 1990-hez viszonyítva a hajtógáz kibocsátások 20%-kal való csökkentését tervezi. A legnagyobb csökkentést az új kelet-közép-európai országok érték el: Lettország 1990-2008. között 56%-kal, Litvánia 51%-kal csökkentette a kibocsátást. Németország 22%-os csökkentést ért el. Ezzel szemben továbbra is növekedik a kibocsátás Ausztriában (11%) és Spanyolországban (42%).

Széndioxid kibocsátás:

Németországban 2008-ban a széndioxid kibocsátás 873 millió tonna, az EU-ban az összkibocsátás 3,7 milliárd tonna volt. Összehasonlításként: az Egyesült Államokban 2008-ban 5,0 milliárd tonna volt.

Megújuló energiák:

Az EU-ban a megújuló energiák arányának 2020-ig 20%-ra kell emelkednie. Svédország 49% elérését tűzte célul és 2008-ban már elérte a 44%-ot. Németország célkitűzése 18%, 2008-ban a bruttó végső energiafogyasztás 9%-át megújuló energiaforrásokból termelték ki.

16. 1. 10. Információs társadalom:

Internet hozzáférés a privát háztartásokban:

2005-ben az európai privát háztartások 48%-a, 2010-ben 70%-a rendelkezett Internet kapcsolattal. Hollandiában, Luxemburgban, Svédországban és Dániában a lefedettség 85%-os, Németországban 82%-os. Bulgáriában azonban még csak 33%-os.

Szélessávú kapcsolat:

2005-ben az európai privát háztartások 23%-a, 2010-ben 61%-a rendelkezett szélessávú Internettel. A lefedettség Dániában 80%, Svédországban 83%. Németországban négy háztartás közül három rendelkezik szélessávú kapcsolattal.

Internet felhasználás:

2010-ben az EU-ban a 16-74 év közötti lakosság 70%-a használt keresőprogramokat, 60%-a illetett csatolmányt elektronikus leveleihez. Egyre szélesebb a chat-szobák és Internetes fórumok látogatottsága: az EU-ban már a 16-74 év közöttiek 31%-a kommunikál ebben a formában. Az EU-polgárok 22%-a használja telefonálásra az Internetet, 14%-a pedig zenét tölt le vagy zenét hallgat az Interneten.

16. 2. Jörg Dittmann – Angelika Scheuer: Életkörülmények és jól-lét Európában

16. 2. 1. Életszínvonal és lakáskörülmények:

Miközben a nyugat-európai országokban egy lakosra csaknem két lakóhelyiség jut, Közép-Kelet-Európában egy lakosnak legfeljebb egy helyiség áll rendelkezésére. A nyugat-európai megkérdezettek egyhatoda, a kelet-közép-európaiak egynegyede panaszkodik térszükére. Az új tagállamokban csaknem minden hetedik lakás nem rendelkezik saját vécéhelyiséggel. Ez a balti államokban (Észtország, Lettország, Litvánia), Bulgáriában és Romániában a leggyakoribb.

Az új tagállamok lakóinak többsége nem tudja megengedni magának a nyaralást, miközben az EU-15-ökben a lakosság egynegyede rendszeresen nyaral. Az Internethez való hozzáférés aránya Bulgáriában 33%, Romániában 42%. Görögországban a háztartások fele nem rendelkezik Internet hozzáféréssel.

Az új tagállamokban a lakosság fele, az EU-15-ökben 42%-a panaszkodik a lakott területen uralkodó zajártalomra. A zajártalom Olaszországban a legmagasabb (67%) és a skandináv országokban a legalacsonyabb.

Az új tagállamokban a levegőszennyezettség (55%) a zajártalomnál is súlyosabb. Ebben a tekintetben is Olaszország áll az első helyen (75%).

A lakókörnyezetben való bűnözés, erőszak és vandalizmus Olaszországban, Bulgáriában és általában a keleti országokban a legsúlyosabb.

A lakóhelyek biztonsága Ciprusban, Finnországban és Dániában a legmagasabb.

A szegénység egyik vetülete, hogy az emberek nem tudnak kijönni jövedelmükből és nem tudnak fenntartani egy minimális életstandardot. Ezek aránya az új tagállamokban 25%; Bulgáriában 41%, Magyarországon 36%, az EU-15-ökben 10%, Németországban 8%.

Az általános életszínvonal az észak-európai országokban a legmagasabb, ezektől a kontinens országai (Benelux, Franciaország, Németország, Ausztria) csak bizonyos mutatók tekintetében különböznek. A lakásminőség és a fogyasztási szokások indikátorai tekintetében az Egyesült Királyság a dél-európai országok színvonalához közelít. Írország viszont eléri a kontinentális országok szintjét. Különösen alacsony az életszínvonal Romániában, Bulgáriában, Magyarországon, a balti államokban, Lengyelországban és Szlovákiában.

Az életminőséggel való szubjektív elégedettség Hollandiában, Svédországban, Dániában, Luxemburgban és az Egyesült Királyságban a legmagasabb (90% fölött), a nyugat-európai országokban meghaladja a 80%-ot, a dél-európai országokban 80% alatt van, Görögországban és Spanyolországban 70%, a kelet-közép-európai országokban 50-70% között van.

16. 2. 2. Munkaerőpiac és munkafeltételek:

A gazdasági válság beütése óta a munkanélküliség ismét növekedett, 2009-ben tízéves rekordot ért el. A munkanélküliség 2010-ben Észtországban, Litvániában, Lettországon és Spanyolországban volt a legmagasabb.

A saját munkahely biztonsága iránti bizalom Görögországban, Bulgáriában és Szlovákiában volt a legalacsonyabb (60%), a keleti országok közül csak Csehország érte el a nyugatiak szintjét (87%). A munkahely biztonsága iránti bizalom Dániában, Svédországban, Luxemburgban és Máltán a legmagasabb (10 foglalkoztatott közül 9 bízik), Németországban 88%.

A teljesített munkaórák száma és a teljes munkaidős foglalkoztatottak aránya: A nyugati országokban a teljes munkaidős foglalkoztatottak száma alacsonyabb, szélesan elterjedt a részmunkaidő, ami a jóléti állam egyik vívmánya. Hollandiában, ahol a teljes munkaidős foglalkoztatottak aránya 51%, a férfiak tényleges munkaideje a legalacsonyabb (heti 37,5 óra).

A menedzsment és az alkalmazottak közötti feszültség: Franciaországban, Magyarországon, Szlovéniában és Görögországban a megkérdezetteknek több mint a fele számol be gyakori munkahelyi feszültségekről. Németországban az arány 40%. A munkahelyi feszültségek Dániában fordulnak elő a legritkábban.

Az észak- és nyugat-európai országokban a megkérdezettek észlelése szerint a munkaszervezetre gyakorolt befolyás magas, az egészségi károsodás alacsony, a kelet-európai országokban ez fordítva van. A családi élet elsősorban a kelet-európai országokban szenved kárt a munkavégzés miatt, ez a kockázat Dél-Európában, Franciaországban és az Egyesült Királyságban alacsonyabb. A munkahelyi egészségi ártalmak tekintetében Csehország (20%) és Svédország (41%) kivételével a kelet-nyugat közötti jellemző minta érvényesül.

16. 2. 3. Köszolgáltatások:

A polgároknak a jóléti államra, az egészségügyre, az oktatásra és a nyugdíjbiztosításra vonatkozó értékvételei mind a kelet-európai országokban, mind Portugáliában és Görögországban a hiányosságokra összpontosulnak. A többi országban többségben vannak a pozitív értékelések. A szociális államot elsősorban a balti államokban

értékelik negatívabban, mint tíz évvel korábban. Németországban, a többi észak- és nyugat-európai országtól eltérően, inkább szkeptikusan viszonyulnak a szociális államhoz: tíz német közül hatan vélik úgy, hogy a szociális állam elégséges védelmet biztosít.

Európai összehasonlításban a balti államokban, Bulgáriában és Magyarországon a szociális biztonsági rendszerek megítélése rendkívül pesszimista. Németországban a szociális biztonsági megítélése már nem olyan kedvezőtlen, mint néhány évvel korábban, az oktatási és az egészségügyi rendszerrel szemben viszont nagyobb az elégedetlenség.

16. 2. 4. A szociális kohézió vonatkozásai:

A személyek közötti rendszeres kontaktusok, látogatások Hollandiában, Spanyolországban és Portugáliában igen gyakoriak (70% fölött), a nyugat-európai országokban átlagosak, a kelet-európai országokban ritkábbak. A barátokkal, rokonokkal hetente való találkozás Görögországban és Cipruson jellemző.

A pénzkölcsönzés valószínűsége Dániában és Svédországban a legmagasabb, Nyugat-Európában jelentősen csekélyebb, Dél- és Dél-Kelet-Európában pedig egyenesen elenyésző.

A mások iránti bizalom tekintetében a különbség észak és dél között húzódik: igen magas a bizalom a skandináv országokban, ezzel szemben Portugáliában, Görögországban, Romániában és Bulgáriában a legalacsonyabb.

A mások iránti segítőkészség tekintetében a különbség észak-nyugat és dél-kelet között húzódik. A németek csak átlagos gyakorisággal ápolnak szociális kontaktusokat és csak igen ritkán kölcsönöznek pénzt.

[*Lásd még: Jelentés Németország szociális helyzetéről 2008-ban. Datenreport 2008. (1-4. rész), 2009. 15. sz.*]

[A Datenreport 2011; Band I-II. a Statistisches Bundesamt honlapján (451 p.):

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Downloads/Datenreport2011,property=file.pdf>] és a

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung honlapján:

http://www.wzb.eu/sites/default/files/publikationen/wzbbrief/datenreport_2011_gesamt_4_final_korrektur.pdf]