

*Egészséggazdasági, egészségpolitikai és
szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle*

2015. 6. sz.

Kiemelt téma: Svájc

- Svájc egészségügyi statisztikája (2014)
- Otthoni ápolás (Spitex) statisztikája Svájcban (2013)
- Halálokok statisztikája Svájcban (2012)
- Túlsúlyosság és elhízottság Svájcban (2012)
- Szociális segélyek statisztikája Svájcban (2013)
- Időskori szegénység Svájcban
- Változások a svájci társadalombiztosításban 2015. január 1-től

Két tanulmány az öngyilkosságról:

- Öngyilkosság és munkanélküliség a világ 63 országában
- Öngyilkosság és gazdasági válság összefüggése Görögországban

A sajtószemle az EGVE honlapján:

http://www.egve.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=119

Svájc egészségügyi statisztikája 2014-ben – Gesundheitsstatistik 2014

Bundesamt für Statistik (BFS),

«Statistik der Schweiz», 14 Gesundheit, Neuchâtel, 04. 11. 2014

Kulcsszavak: egészségügyi statisztika, Svájc

Forrás Internet-helye:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.html?publicationID=5765

A legfontosabbak dióhéjban (5-8. p.)

Egészségügyi determinánsok:

Jövedelem és szociális beágyazódás	2012-ben a 16 év fölötti lakosság 15%-a az elszegényedéstől veszélyeztetett háztartásokban élt. Ezek a személyek csaknem kétszer olyan gyakran nyilatkoztak, hogy általános egészségi állapotuk nem jó.
Foglalkoztatás és munkafeltételek	2012-ben a 15 és 64 év közötti foglalkoztatottak 13%-a vallotta, hogy tart állása elvesztésétől.
Lakókörnyezeti zavarok	2012-ben a lakosság 44%-a volt kitéve lakókörnyezeti zavaroknak. Leggyakoribb panaszok: közlekedési zajok és a szomszéd lakásokban élő felnőttek és gyermekek keltette zaj.
Testmozgás	2012-ben a lakosság 73%-a végzett szabadidejében az ajánlásoknak megfelelő mértékű testmozgást.
Táplálkozás	A nők jobban odafigyelnek az egészséges táplálkozásra, mint a férfiak (2012: 75% szemben 61%-kal). A nők a férfiaknál gyakrabban, egy héten öt alkalommal, öt adag zöldséget és/vagy gyümölcsöt fogyasztanak el (26% szemben 12%-kal).
Túlsúly	2012-ben a férfiak 39%-a túlsúlyos, 11%-a elhízott volt. A nők körében ez az arány 23%, ill. 9%.
Dohányzás	2012-ben a dohányzók aránya a férfiak körében 32%, a nők körében 24% volt. A dohányzók aránya a 15 és 44 év közöttiek körében a legmagasabb.
Alkohol	2012-ben a férfiak 6%-a és a nők 4%-a krónikus alkoholfogyasztás miatt közepes vagy magas egészségi kockázatnak tette ki magát. A 15 és 24 év közötti férfiak 35%-a és a velük egykorú nők 16%-a havonta legalább egyszer berúgott.

Egészségi állapot

Várható élettartam	2012-ben a férfiak születéskor várható élettartama 80,5 év, a nőké 84,7 év volt. 2007-ben a 30 éves, csak a kötelező oktatást elvégzett férfiak várható életkora 77,9 év, a felsőfokú végzettséggel rendelkezőké 82,5 év volt.
Egészségi állapot önértékelése	2012-ben a lakosság 83%-a vélte jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotát. Ez az arány az életkorral csökken, de a 75 év fölöttiek körében is még mindig 62%.

Keringési rendszer megbetegedései	45 és 64 év közötti életkorban háromszor annyi férfi hal meg keringési megbetegedésekben, mint nő (1.088, ill. 333). 1995 és 2012 között a miokardiális infarktus és a hirtelen szívhalál okozta halálozások száma megfeleződött.
Diabétesz	2012-ben a lakosság 5%-ánál diagnosztizáltak diabéteszt, az életkorral ezek aránya növekedik.
Rákos megbetegedések	A rák összességében a második leggyakoribb halálok, 45-84 év között a leggyakoribb. A gyermekkori rákos megbetegedések gyógyulási esélyei jelentősen javultak: 1950-ben kevesebb mint 20% volt, jelenleg 80%.
Mozgásszervi megbetegedések	A mozgásszervi megbetegedések a hospitalizáció leggyakoribb okai (15%). 2002 és 2012 között a csípőprotézis-beültetések száma 40%-kal a térd- és könyökprotéziseké 115%-kal növekedett.
Lelki egészség	2012-ben a lakosság 5%-át kezelték pszichés problémák miatt.
Akadályozottság	2012-ben a lakosság 24%-a volt legalább hat hónapig akadályozott valamely egészségi probléma miatt normális mindennapi tevékenységeiben (munkájában, háztartásban). Az esetek többségében könnyű akadályozottságról volt szó. Saját bevallása szerint a lakosság 5%-a volt súlyosan akadályozott.
Balesetek	2007-2011. között átlagosan 554.210, ill. évente 403.100 személy szenvedett balesetet. 2013-ban 268 személy vesztette életét és 85.000 személy sérült meg közúti balesetben. Ugyanebben az évben 269.000 foglalkoztatott szenvedett munkahelyi balesetet.
Csecsemő-halálozás	Miután a csecsemőhalálozás évtizedeken keresztül csökkent, az első életévben bekövetkező 1.000 elveszülésre eső halálozások száma 4 - 4,5 körül stabilizálódott. A 28. terhességi héten bekövetkező szülések az elveszülések 0,4%-át és a csecsemőkori halálesetek 50%-át teszik ki.
65 év fölöttiek	2012-ben a 65 év fölöttiek 8%-a (112.155) hosszabb ideig tartózkodott idős- vagy ápolási otthonban. A privát háztartásokban élő időskorúak 20%-a már nem képes bizonyos tevékenységek elvégzésére, mint az étel elkészítésére, nehezebb házimunkák elvégzésére, vagy a közlekedési eszközök használatára. 3%-uk segísége szorul az olyan mindennapi tevékenységekben, mint a mosakodás, az öltözködés, vagy a táplálkozás.
Egészségügyi rendszer	
Kórházak	2012-ben 297 kórházi vállalkozás (492 telephelyen) 38.297 ágyat bocsátott rendelkezésre; 1.000 lakosra 4,8 ágy jutott. Az ágyak 59%-a aktív kórházakhoz, 22%-a pszichiátriai klinikákhoz, 19%-a rehabilitációs és geriátriai klinikákhoz tartozott. Az ágy kínálat 2002 és 2012 között 13,1%-kal csökkent.
Időotthonok és ápolási otthonok	2012-ben 1.558 idős- és ápolási otthon állott rendelkezésre 93.155 hellyel. Ez ezer 65 év fölötti lakosra jutó 67,8 helynek felel meg.

Specializált intézmények	A fogyatékkal élő, szenvedélybeteg és pszichoszociális problémákkal küszködő személyek kezelésére fenntartott 746 ún. „specializált intézmény” 2012-ben kereken 27.100 hellyel rendelkezett fekvőbeteg ellátásra és 26.100 hellyel külsősök részére.
Orvosok és fogorvosok	Az ambuláns szektorban 2013-ban összesen 17.554 orvos praktizált. A praktizáló fogorvosok száma 4.208 volt. 2012-ben a lakosság 78%-a tizenkét hónap leforgása alatt legalább egy alkalommal fordult orvoshoz, 66%-a fogorvoshoz.
Spitex	2012-ben 1.522 Spitex-szolgáltató (non-profit-szervezet, nyereségorientált vállalkozás és önálló ápoló) 257.724 ügyfél részére nyújtott szolgáltatást, akiknek 49%-a 80 éves vagy annál idősebb volt.
Egészségügyi költségek	Az egészségügyi rendszer költségei 2012-ben összesen 68,0 milliárd CHF-et tettek ki, ami egy főre havi 709 CHF-nek felel meg. Ennek 46%-a kórházi ellátásra (aktív ellátás, rehabilitáció, tartós ápolás), 33%-a ambuláns ellátásra, 11%-a gyógyszerek és egészségügyi termékek vásárlására jutott. Az egészségügyi költségeknek a GDP-ből való részesedése 1990 és 2012 között 7,9%-ról 11,5%-ra növekedett.
<i>Az egészségügyi rendszer finanszírozása</i>	
Rezsimek szerinti finanszírozás	2012-ben a társadalombiztosítás az egészségügy összkiadásainak 42,0%-át finanszírozta, amihez a kötelező betegbiztosítás 35,8%-kal járult hozzá. A második legfontosabb finanszírozási rezsime, a privát háztartások részesedése 25,2% volt. Az állam a számlák 20,2%-át fizette.
Források szerinti finanszírozás	A három legjelentősebb gazdasági szereplő (állam, vállalkozások, háztartások) figyelembevételével a finanszírozás a következőképpen oszlik meg: 2012-ben a háztartások az egészségügyi költségek 61,3%-át, az állam 32,3%-át, a vállalkozások a társadalombiztosításba befizetett járulékokkal a költségek 6,4%-át fizették.

5. Az egészségügyi rendszer (65-79. p.):

A fekvőbeteg ellátás intézményei: a kórházak (általános ápolást nyújtó kórházak és speciális klinikák, beleértve a szülőotthonokat), idősorúak részére fenntartott ápolási otthonok, valamint ún. „specializált intézmények” (fogyatékkal élő, valamint pszichoszociális problémákkal küszködő személyek és szenvedélybetegek részére fenntartott otthonok). 2012-ben az ápolási otthonok 93.000 ágyat, a kórházak 38.400 ágyat tartottak fenn. A specializált intézményekben kereken 27.000 ágy állt rendelkezésre.

5. 1. Kórházak:

2012-ben 297 kórházi vállalkozás működött, amelyek 492 telephelyen nyújtottak fekvőbeteg ellátást. Az általános ápolást nyújtó 116 kórházi vállalkozás közül 30 kórházi centrumként (egyetemi klinikaként vagy kantonális kórházként), 86 alapellátási intézményként (regionális vagy egyéb kórházként) működött. A kórházi

vállalkozások száma 2002 és 2012 között 32,9%-kal csökkent. Ez részben a kórházak közötti fúzióknak, részben a statisztikai módszerek 2010. óta bevezetett változásainak tulajdonítható.

A speciális kórházak száma 182 (4,2%-kal kevesebb mint 2002-ben), amelyek közül 47 pszichiátriai klinika, 45 rehabilitációs intézet, 90 pedig egyéb kórház.

Ágyszám: 2012-ben 38.297 ágy állt a kórházi ellátás rendelkezésére (újszülötteken kívül), ami 1.000 lakosra 4,8 ágynak felel meg. Az ágyszám 2002 és 2012 között 13,1%-kal csökkent. A 2012-ben rendelkezésre álló ágyak 62%-a aktív kórházakhoz, 19%-a pszichiátriai intézetekhez, további 19%-a rehabilitációs és geriátriai intézetekhez tartozott.

Foglalkoztatottak: 2012-ben a kórházakban összesen 185.357 személy dolgozott, a teljes munkaidős állások száma 144.066 volt, ezek 79%-a általános ápolást nyújtó kórházakban. 2002. óta a teljes munkaidős állások száma 20%-kal növekedett, ami az ambuláns kórházi ellátás bővítésének tulajdonítható. A személyzet 14%-a orvos, 43%-a ápoló, 14%-a egyéb egészségügyi szakdolgozó, 29%-a a központi szolgálatoknál működő személyzet (igazgatás: 14%, karbantartás és szállítás: 12%, műszaki szolgálatok: 3%). A nemek közötti arány az orvosok körében kiegyensúlyozott, az ápolószemélyzet és egyéb szakdolgozók körében a nők vannak többségben (az általános ápolást nyújtó kórházaknál 82%, a speciális kórházaknál 76%). Egy kórházi ágyra átlagosan 3,1 teljes munkaidős állás esik.

Költségek: 2012-ben egy kórházi nap átlagosan 1.419 CHF-be (aktív kórházaknál 1.911 CHF-be, pszichiátriai kórházaknál 678 CHF-be, rehabilitációs és geriátriai intézeteknél 724 CHF-be) került. Az aktív kórházaknál a költségek 2002. óta 56%-kal növekedtek.

A kórházi kezelés költségei 2012-ben átlagosan 9.419 CHF-et tettek ki. Néhány példa egyes ellátások költségeire: egy egészséges újszülött ellátása 2.042 CHF-be, egy szív- vagy csontvelőtranszplantáció 150.000 CHF-be, egy mandulaműtét miatti kórházi tartózkodás 4.506 CHF-be, egy komplikációk nélküli szülés 5.344 CHF-be, egy csípőprotézis beültetése 16.201 CHF-be kerül.

5. 2. Idős- és ápolási otthonok:

2012-ben az ápolási otthonok száma 1.558 volt, ezek közül 630 állami finanszírozás nélküli privát intézmény, 465 államilag szubvencionált privát intézmény, 463 állami intézmény. Az otthonokban rendelkezésre álló helyek száma átlagosan 60, de vannak intézmények, ahol mindössze egy tucatnyi ápolásra szoruló személyt látnak el és vannak nagyüzemben, kórházszerűen működők, amelyek akár 335 ágygal rendelkeznek. A szubvenció nélküli privát intézmények többnyire kisebbek (50 hely), a szubvencióban részesülő (60 hely) vagy az állami ápolási otthonoknál (73 hely).

Helyek száma: 2012-ben az ápolási otthonokban 93.155 hely állt rendelkezésre, 13%-kal több mint 2002-ben. Ez azt jelenti, hogy ezer 65 év fölötti lakosra 67,8 hely jut.

Foglalkoztatottak: 2012-ben az ápolási otthonokban 119.612 személy dolgozott, ezek 84%-a nő volt. A teljes munkaidős állások száma 84.216, ami azt jelenti, hogy a részmunkaidősök aránya igen magas. A nők foglalkoztatottságának mértéke azonban (az állások 68,3%-a) jóval alacsonyabb volt, mint a férfiaké (az állások (82%-a). A foglalkoztatás volumene 2006. óta 21,2%-kal növekedett: a férfiak körében valamivel erőteljesebben (+27,6%), mint a nők körében (+19,8%). A munkaszolgáltatás kétharmada ápolásra és a mindennapi életben való kiegészítésre, egyhamada a háztartásra és a technikai szolgáltatásokra esik. Az orvosi kezeléseket többnyire vendégorvosok nyújtják, a munkaviszonyban levő orvosok a személyzet 0,1%-át teszik ki.

Költségek: 2012-ben egy otthonban töltött nap átlagosan 278 CHF-be került. Az ápolási szolgáltatásokat részben a kötelező betegbiztosítás fedezte. A fennmaradó összeget az állam és az ügyfelek viselték, ill. részben a rászorultságtól függő szociális szolgáltatások keretéből finanszírozták.

5. 3. Specializált intézmények:

A specializált intézmények (más néven: szociális-egészségügyi intézmények – «*sozialmedizinische Institutionen*») a fogyatékkal élő, szenvedélybetegségekkel vagy szociális problémákkal küszködő személyeket befogadó otthonok, internátusok, fogyatékkal élők vagy szenvedélybetegek integrációja céljából működtetett védett munkahelyek stb.

Az ilyen intézmények 78%-a magánjogi státusszal rendelkezik, 8%-a állami tulajdonban van, 14%-a privát gazdasági társaságként működik. Ez utóbbiak körében a szenvedélybetegeket (20%) és pszichoszociális problémákkal küszködő betegeket (25%) ellátó intézmények dominálnak.

Infrastruktúra: 2012-ben összesen 27.100 bentlakásos hely és 26.100 nappali ápolási hely állt rendelkezésre, többsége fogyatékkal élők részére (felnőttek számára a bentlakásos helyek 83%-a és a nappali ápolási helyek 90%-a).

2006. óta a felnőttek számára fenntartott bentlakásos és nappali ápolási helyek száma 22%-kal növekedett.

Foglalkoztatottak: 2012-ben a specializált intézményekben teljes munkaidőben foglalkoztatottak száma 33.217 volt, ami 2006-hoz viszonyítva 23%-os növekedésnek felel meg. A személyzet összetétele: 68% pedagógus és terapeuta, 20% igazgatási személyzet, 12% műhelyszemélyzet.

5. 4. Ambuláns ellátás:

Az orvosi alapellátást 2013-ban 6.764 általános orvos és 962 gyermekorvos biztosította. Az alapellátás területén 100.000 lakosra átlagosan 95 orvos jut.

A szakorvosokkal való ellátottság tekintetében a pszichiátria van a legjobb helyzetben, ezt a nőgyógyászat követi. 100.000 lakosra 121 szakorvos jut, ami egynegyeddel magasabb, mint az alapellátás területén.

A praktizáló orvosok száma 1990. óta jelentősen növekedett: akkor 100.000 lakosra 295, 2013-ban már 409 praktizáló orvos jutott. A fogorvosok körében a növekedés csekélyebb volt (1990-ben 100.000 lakosra 48, 2013-ban 52 fogorvos jutott).

6. Az egészségügyi rendszer finanszírozása (85-87. p.):

Finanszírozási rezsimek szerinti finanszírozás:

2012-ben a költségek oroszlánrészét (42,0%-át) a társadalombiztosítás (a kötelező betegbiztosítás, a balesetbiztosítás, a hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása, a rokkantbiztosítás, valamint a katonai biztosítás) viselte. A kötelező betegbiztosítás egymaga a költségek 35,8%-át fedezte. A második legfontosabb finanszírozási rezsimeket a privát háztartások képezték (25,2%).

2012-ben a költségek 20,2%-át finanszírozták állami forrásokból, a legnagyobb terhet a kantonok viselték (17,1%). Teljesen másodlagos szerepük volt a privát biztosítóknak (7,2%), a szükségletektől függő szociális szolgáltatásoknak (4,5%), valamint a non-profit szervezetek részére támogatást nyújtó egyéb privát finanszírozóknak (1,0%).

Források szerinti finanszírozás:

Ebben a megközelítésben az a kérdés, hogy milyen terhet viselnek az egészségügy finanszírozásából a népgazdaság szereplői, az állam, a vállalkozások és a privát háztartások. A kötelező és privát betegbiztosításba fizetett díjak itt a privát háztartások fejezetébe kerülnek, miközben a transzfert szolgáltatások, mint a díjkedvezmények, a szociális segélyek, valamint a hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása és a rokkantbiztosítás keretében fizetett kiegészítő szolgáltatások és az ápolásra szorulóknak részére fizetett térítések az állam (szövetség, kantonok) kifizetéseiként jönnek számításba.

2012-ben az egészségügy költségeinek 61,3%-át a privát háztartások, 32,3%-át az állam viselte. A vállalkozások által a balesetbiztosításba és a hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosításába, valamint a rokkantbiztosításba fizetett járulékok a finanszírozás 6,4%-át tették ki. A teherviselés aránya 2008 és 2012 között alig változott. Az állam általi finanszírozás másfél százalékponttal növekedett, miközben a vállalkozások egy százalékponttal, a privát háztartások fél százalékponttal kevesebbet fizettek.

[Lásd még: *A svájci egészségügy zsebkönyve – Gesundheitswesen Schweiz, 2011. 17. sz.; 2014. 15. sz.; Az egészségügy költségei és azok finanszírozása 2012-ben, 2014. 25. sz.]*

Az otthoni ápolás statisztikája Svájcban 2013-ban
Bundesamt für Statistik, BFS Aktuell, 14 Gesundheit
Neuchâtel, November 2014

Kulcsszavak: otthoni ápolás, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5770>

2013-ban Svájcban 261.408 személy (az összlakosság szűk 3,2%-a) részesült otthoni ápolásban és gondozásban (ún. Spitex-szolgáltatásokban). Ezek 48%-a 80 éves vagy annál idősebb volt. Az elszámolt órák 66%-a ápolási szolgáltatásokra jutott, ami egy esetre évente átlagosan 54 órának felel meg.

A legfontosabbak dióhéjban:

Az elszámolt 17,9 millió óra 66%-a ápolási szolgáltatásokra, 30%-a háztartási/szociális gondozási szolgáltatásokra, 4%-a további szolgáltatásokra (szociális szolgálatokra, terápiás szolgáltatásokra, szállításra, sürgősségi hívórendszerekre stb.) jutott. Az ebédszállító szolgálatok kereken 3 millió ebédet szállítottak ki 30.500 személy részére. A felmérésben résztvevő 1.566 szolgáltató közül 579 közhasznú vállalkozás, 293 üzleti vállalkozás, 694 önálló ápoló volt. A szolgáltatások 80%-át közhasznú társaságok nyújtották: 219.455 ügyfél részére 14,3 millió órányi szolgáltatást nyújtottak. Az összesen 17.982 teljes munkaidős állás 85%-a a közhasznú társaságokhoz tartozott.

Az otthoni ápolás személyügyi helyzete:

A Spitex állományában 41.866 személy dolgozik, akiknek a munkaviszonya 17.982 teljes munkaidős állásnak felel meg. Ez az egészségügy és a szociális ügyek területén működő alkalmazottak 4,3%-a

Az ápolószemélyzet 29%-a felsőfokú végzettséggel (tercier fokozat) és minden negyedik személy szakmai alapképzettséggel rendelkezik. A végzettséggel nem rendelkezők (15.611 személy) 58%-a alaptanfolyamot végzett, 8%-a gyakornok, 34%-a pedig semmiféle specifikus egészségügyi képzettséggel nem rendelkezik.

Magas a részmunkaidősök aránya; az összes kategória átlagos foglalkoztatottságának mértéke 43%. A személyzet 86%-a az ügyfelek ápolásával, gondozásával foglalkozik, 14%-a adminisztratív és vezető tevékenységet végez.

Ügyfelek és szolgáltatások:

A Spitex szolgáltatásait 2013-ban 394.218 esetben vették igénybe és mintegy 18 millió munkaórát számoltak el. Egy esetre évente átlagosan 46 órát számoltak el.

A szolgáltatások 56%-a ápolásra jutott. A háztartási és szociális gondozási szolgáltatások az esetek 30%-át tették ki. Az egyéb szolgáltatások (szociális szolgálatok, terápiás szolgáltatások, szállítási szolgáltatások, segélyhívó rendszerek stb.) aránya mindössze 14% volt.

Az ügyfelek háromnegyede 65 éves vagy annál idősebb, akik az elszámolt Spitex-szolgáltatások 82%-át veszik igénybe. Az elszámolt óráknak több mint a felét a 80 évesek és annál idősebbek veszik igénybe, jöllehet a svájci lakosságnak mindössze 5%-át teszik ki. A 80 éves és annál idősebb ügyfelek évente 60 órányi, a 65 év alattiak 39 órányi Spitex-szolgáltatást vesznek igénybe.

Az otthoni ápolás pénzügyi helyzete:

Az összkiadások összege: 1.931,7 millió CHF, amelynek 85%-át (1.651,3 millió CHF) személyi kiadásokra, 15%-át (280,4 millió CHF) üzemeltetési és szakmai kiadásokra (biztosításokra, igazgatásra, bérleti költségekre) fordították.

Az összbevételek (1.950,5 millió CHF) 66%-a (1283,1 millió CHF) szolgáltatásokból, 31%-a (612,8 millió CHF) állami forrásokból (a kantonok és az önkormányzatok által kizárólagosan a közhasznú vállalkozások pénztáraiba fizetett összeg), 3%-a (54,6 millió CHF) tagdíjakból, adományokból és tőkebevételekből származik.

A kantonok és az önkormányzatok összesen 846,8 millió CHF-et fizetnek a Spitex-szolgáltatásokért. Ez 7%-kal több mint 2012-ben volt.

Az ápolási szolgáltatások (1.008,9 millió CHF) finanszírozásának megoszlása: 712,2 millió CHF-et a biztosítottak, 236,2 millió CHF-et a kantonok és az önkormányzatok viseltek. Az állami finanszírozás rendszerének szabályozása azonban a kantonokban nem egységes. Számos kantonban egy egyszeri összeget (globális összeget) fizetnek és nem tesznek megkülönböztetést aközött, hogy ennek mely része képezi az ápoláshoz való költség hozzájárulást és aközött, hogy mely része számít direkt befizetésnek. Ezért a kantonok és az önkormányzatok által az ápolási költségekből viselt rész valójában magasabbnak tűnik. A biztosítottaknak a szokásos költség hozzájárulás (franchise és önrész) mellett az ápolási szolgáltatások költségeinek egy részét is viselniük kell, amely 2013-ban 60,5 millió CHF-et tett ki.

Tájékoztatás:

Flavia Lazzeri,

Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit, Tel.: +41 58 46 36128,

E-Mail: Flavia.Lazzeri@bfs.admin.ch

Anthony Francis,

Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit, Tel.: +41 58 46 36194,

E-Mail: Anthony.Francis@bfs.admin.ch

Halálokok statisztikája Svájcban 2012-ben – Todesursachenstatistik 2012

Bundesamt für Statistik, BFS Aktuell, 14 Gesundheit

Neuchâtel, Dezember 2014

Kulcsszavak: halálokok, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5818>

Svájcban a 2012-ben elhalálozott személyek száma 64.173 volt. A születéskor várható élettartam férfiaknál 80,5 év, nőknél 84,7 év. A halálesetek többsége 80 év fölött következik be.

Csecsemő- és gyermekhalálozás: 10.000 élveszülésre 34 csecsemőhalál jut. A 2 és 17 év közöttiek körében a halálozás kockázata alacsonyabb, mint 1:10.000.

A halálesetek életkor szerinti megoszlása: Az elhalálozott személyek 1%-a 24 év alatti, 2%-a 25 és 44 év közötti, 12%-a 45 és 64 év közötti, 42%-a 65 és 84 év közötti, 43%-a 85 év fölötti volt.

A leggyakoribb halálokok: Összességében a legtöbb halálesetet a szív- és érrendszeri megbetegedések okozzák. Ez azonban csak a halálesetek összességére és a 80 év fölöttiekre nézve igaz. A 47 és 79 év közötti férfiak és a 37 és 79 év közötti nők körében a legfontosabb halálokok a rákos megbetegedések. A 12 és 46 év közötti férfiak és a 16 és 36 év közötti nők körében a külső okok a leggyakoribbak, elsősorban a balesetek és az öngyilkosság. Csecsemőknél a halálesetek 89%-át veleszületett betegségek és a szüléssel összefüggő komplikációk okozzák.

Multimorbiditás: A halálesetek 11%-ánál egy, 23%-ánál két, 29%-ánál három, 33%-ánál négy diagnózist állapítottak meg. A diagnózisok száma az életkorral növekedik: a legtöbb diagnózist a 80 és 94 év közöttieknél regisztrálták.

A leggyakoribb halálokot a szív- és érrendszeri megbetegedések alkotják, ezek 22.000 ember halálát okozták. További 18.000 elhalálozott személynél azonban a fő halál oka más volt, de ők valamely szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedtek, amely ugyancsak hozzájárult a halálhoz. A fő diagnózisok aránya tehát 55%.

Rákos megbetegedés 16.000 esetben jelenik meg fő halálokként, ami a rákos esetek 91%-a. A légzőszervi megbetegedések viszont csak az esetek 26%-ánál jelentik a fő halálokat.

Miközben demenciában 5.700 személy (56%) halt meg, a betegség további 4.600 elhalálozott személyt (44%) érintett. Tehát összesen 10.300 elhalálozott személynél regisztráltak demenciát.

A halálesetek számának alakulása és prognózisa: Svájcban az évente bekövetkező halálesetek száma mintegy ötven éve 60.000 körül mozog, legutóbb 1987-ben csökkent 60.000 alá, az utóbbi húsz év során évente 62.000 körül ingadozott. A Szövetségi Statisztikai Hivatal scenáriumai szerint a halálesetek száma az elkövetkező években és évtizedekben a demográfiai folyamatokkal, az időskorúak lélekszámának növekedésével összefüggésben erőteljesen növekedni fog.

Az elveszített potenciális életek alakulása: Az „idő előtti elhalálozást” az elveszített potenciális életek számával mérik. 2012-ben ez férfiaknál 110.000 év, nőknél 63.000 év volt. A 100.000 lakosra jutó elveszített potenciális életek standardizált rátája 1969. óta az akkori számnak több mint a felével csökkent. Miközben a csökkenés a nők körében folyamatos, a férfiak körében az 1980-as évek második felében az AIDS-járvány miatt stagnált. Azóta ez a folyamat a férfiak körében valamivel gyorsabban megy végbe, mint a nők körében.

A halálokok közötti diskrepancia a demencia és a külső okok (elsősorban balesetek és öngyilkosság) között a legnagyobb. Férfiaknál demencia esetén a halál a 85-ik életévben következik be, baleset vagy öngyilkosság következtében 24 évvel korábban. Ezért a férfiak körében az elveszített potenciális életeknek mindössze 0,2%-a jut a demenciára, szemben a külső okokkal, amelyekre 27,3% jut.

Nők körében a halálokok közötti diskrepancia a demencia és a rákos megbetegedések között a legnagyobb. A demencia miatti halál átlagosan a 88-ik életévben, rákos megbetegedés következtében átlagosan a 73-ik életévben következik be. A nők a potenciális életek 0,3%-át veszítik el demencia, míg 47%-át rákos megbetegedések miatt. A balesetet szenvedő férfiak és nők életkora erőteljesen különbözik, mivel a nők körében az időskorban elszenvedett eleséses balesetek száma sokkal magasabb.

[Lásd még: *A halálokok statisztikája Svájcban 2010-ben*, 2013. 21. sz.; *Halálokok Svájcban 1970 és 2009. között*, 2014. 24. sz.]

*Túlsúlyosság és elhízottság a svájci lakosság körében 2012-ben –
Übergewicht und Adipositas 2012*
Bundesamt für Statistik, BFS Aktuell, 14 Gesundheit
Neuchâtel, November 2014

Kulcsszavak: túlsúlyosság, elhízottság, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5806>

A svájci lakosság körében 2012-ben végzett egészségfelmérés (Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012) adatai szerint a 15 év fölötti személyek csaknem egyharmada túlsúlyos, 10%-a pedig elhízott volt.

Az elhízottak arányának alakulása:

Az elhízottság prevalenciája az elmúlt húsz év során csaknem megduplázódott (1992: 5,4%; 2012: 10,3%). Nemzetközi összehasonlításban ugyan a Svájcban mért értékek viszonylag alacsonyak, a növekedési ráta azonban a legmagasabbak közé tartozik.

Az elhízott és a túlsúlyos személyek aránya 1992 és 2002 között folyamatosan növekedett, 2002 és 2007 között stagnált. Azóta az elhízottak száma ismét növekedik, a túlsúlyosaké nem változik.

A nemek közötti különbségek:

A túlsúlyosság és az elhízottság minden második férfit és minden harmadik nőt érint. A különbség érdekes módon csak a túlsúlyosság esetén jelentősebb (férfiak 39%-a; nők 23%-a). Az elhízottság tekintetében a férfiak és a nők közötti különbség már csekélyebb (férfiak 11%-a; nők 9%-a).

A különbség az életkor, nemzetiségi hovatartozás, képzettség, táplálkozási szokások és a testmozgás figyelembevételével is markáns. Az elhízottság valószínűsége a férfiak körében kétszer, a túlsúlyosságé másfélszer akkora, mint a nők körében.

Az életkorról való összefüggés:

A túlsúlyosság és az elhízottság aránya az életkorról együtt növekedik. A 35 év fölötti férfiak fele érintett. A legmagasabb értékeket az 50 és 64 év közöttiek korcsoportjában mérik. A növekedés a nők körében ugyancsak folyamatos és markáns. Az elhízott nők többsége 50 év fölötti. A 65-ik életévtől kezdődően az elhízottak aránya már nem növekedik.

A szocio-ökonómiai státusz szerepe:

Az alacsonyabb képzettségű és alacsonyabb jövedelemmel rendelkező csoportok nagyobb mértékben ki vannak téve a túlsúlyosság és az elhízottság kockázatának. Feltűnő, hogy a nők körében a szociális gradiens sokkal kihangsúlyozottabb, mint a férfiak körében: azoknál a nőknél, akiknek az iskolai végzettsége nem haladja meg a nem kötelező végzettséget, az elhízottság kockázata 3,5-ször, a túlsúlyosságé 2,5-ször magasabb, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkező nőknél.

A férfiak körében a szociális gradiens kevésbé markáns. A kötelező oktatást elvégző férfiaknál az elhízás kockázata 2,2-szer, a túlsúlyosság kockázata 1,3-szor magasabb, mint a felsőfokú végzettséggel rendelkezőknél.

A táplálkozási szokások:

Minden harmadik személy nem figyel oda a táplálkozására. A nők jobban odafigyelnek, mint a férfiak (75% szemben 61%-kal). Az idősebbek és a magasabb képzettséggel rendelkezők tudatosabban táplálkoznak, mint a fiatalabbak és az alacsonyabb képzettséggel rendelkezők. A túlsúlyosak és az elhízottak valamivel jobban odafigyelnek táplálkozásukra, mint a normális testsúlyúak.

A lakosság 19%-a fogyaszt a hét öt napján öt adag gyümölcsöt vagy zöldséget. A nők ezt kétszer olyan gyakran teszik, mint a férfiak (26% szemben 12%-kal). A túlsúlyosság alacsony gyümölcs- és zöldségfogyasztás esetén gyakrabban jelentkezik, elsősorban férfiak körében. Az elhízottság tekintetében az összefüggés nem szignifikáns.

A magas testsúly és a húsfogyasztás közötti összefüggés: A lakosság 18%-a naponta, további 21%-a a hét öt vagy hat napján fogyaszt húst vagy hentesárut. A hét öt napján való húsfogyasztás a férfiak körében gyakoribb, mint a nők körében (48% szemben 29%-kal). A táplálkozástudomány kedvezőtlennek ítéli meg a hús ilyen gyakori fogyasztását. A gyakrabban húst fogyasztó személyek hajlamosabbak a túlsúlyosságra és az elhízásra, mint azok, akik a hét öt napjánál ritkábban fogyasztanak húst (45% szemben 39%-kal). Az összefüggés a képzettség, valamint a testmozgás figyelembevétele esetén is fennáll.

A szociális segélyek statisztikája Svájcban 2013-ban – Sozialhilfestatistik 2013
Bundesamt für Statistik, BFS Aktuell, 13 Soziale Sicherheit
Neuchâtel, Dezember 2014

Kulcsszavak: szociális segélyek, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5828>

2013-ban Svájcban 257.192 személy 158.600 esetben részesült gazdasági jellegű szociális segélyben. A segélyezettek aránya az előző évhez viszonyítva 0,1 százalékponttal, 3,2%-ra növekedett.

Az előző évhez viszonyítva a segélyezési esetek száma 5.000-rel, ill. 3,3%-kal, a támogatott személyek száma 6.900-zal, ill. 2,7%-kal növekedett. A szociális segélyezési esetek és a segélyezett számának 2008. óta tartó növekedése folytatódott.

Szociális segélyek korcsoportok szerint:

A szociális segélyekben részesülők szűk egyharmada (76.000 személy, ill. 29,6%) 18 év alatti gyermek vagy fiatalkorú. A szociális segélyezettek aránya ebben a korcsoportban a legmagasabb (5,7%). A 18 és 45 év közöttiek az összes segélyezett 45,1%-át teszik ki, a szociális segélyezettek aránya 3,8%. A szociális segélyekben részesülők egynegyede (25,3%, ill. 65.000 személy) a 46 év fölöttiek korcsoportjához tartozik. A szociális segélyben részesülők aránya ebben a korcsoportban 1,9%.

A szociális segélyekben részesülők körében már hosszabb ideje megfigyelhető az időskorúak arányának növekedése: 2005-ben az időskorúak aránya még 19,4% (46.000 személy) volt, az utóbbi nyolc év során azonban jó 30%-kal növekedett, miközben a többi korcsoporté stagnál vagy csökken.

A szociális segélyezettek arányának alakulása korcsoportok szerint: 2005. óta a 18 év alattiak kvótája 8%-kal, a 45 év fölöttieké 13%-kal növekedett, miközben a 18 és 45 év közöttieké 2%-kal csökkent. Ez esetleg a keresőtevékenységgel hozható összefüggésbe: a 46 év fölöttiek körében több keresőtevékenységet nem végző, a 18 és 45 év közöttiek körében több keresőtevékenységet végző személyt tartanak nyilván.

Szociális segélyek a külföldi személyek körében:

A svájciak 2,2%-a részesül szociális segélyekben. A szociális segélyezettek aránya a külföldiek körében 6,4%. A számok a két csoport körében 2005. óta eltérően alakulnak. 2009. óta a szociális segélyek statisztikája az ideiglenesen befogadott és több mint hét éve ideiglenesen befogadott külföldiekre is kiterjed. A szociális segélyekben részesülő külföldiek száma 15,8%-kal, a svájciaké 10,3%-kal

növekedett. 2005-höz viszonyítva a szociális segélyezésben részesülők aránya a külföldiek körében 3%-kal csökkent, miközben a svájci lakosságé stabil maradt.

[Ezzel kapcsolatban lásd még: *Szociális segélyek statisztikája a menekültügy területén 2013-ban – Sozialhifestatistik im Flüchtlingsbereich 2013 (megj. 2015. február 13.)*]:

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/00/new/nip_detail.html?gnpID=2015-611]

A folyósítás időtartama:

A szociális segélyek folyósításának időtartama a folyamatban levő eseteknél 2008. óta három hónappal, 19-ről 22 hónapra növekedett. Ugyanezen időszakban a lezárt eseteknél a folyósítás időtartama 10 hónap maradt, ami azt jelenti, hogy a folyamatban levő dossziéknál a tartósan segélyben részesülők vannak többségben.

A folyósítás időtartama és a kilátásba helyezett szolgáltatások közötti arány: a folyósítás időtartamának hosszabbodásával növekedik a kilátásba helyezett szolgáltatások volumene. Miközben egy évnél rövidebb folyósítási időtartam esetén a havi szolgáltatás átlagosan 1.514 CHF, ez az összeg egy és két év közötti folyósítás esetén 1.700 CHF-re, két és négy év közötti folyósítás esetén 1.854 CHF-re, tartósan segélyben részesülőknél, négy év fölötti folyósítás esetén 1.988 CHF-re emelkedik.

Egyedülálló személyek a szociális segélyek rendszerében:

Az egyedülálló személyeknek a szociális segélyezettek körében való aránya 2005. óta folyamatosan növekedik. A 18 és 64 év közötti lakosság körében az egyedülálló személyek 62,5%-a férfi, 43,1%-a nő. A svájciak aránya az egyedülállók körében 62,7%, miközben a többszemélyes háztartásoknál 47,8%.

A 18 és 64 év közötti lakosság körében az egyedülálló személyek 80%-a szingli (52,6%) vagy elvált (30,6%) volt, miközben a nem egyedülállónak csaknem a fele (48,2%) élt házasságban. Érdekes különbségek mutatkoznak életkori megoszlás szerint: Miközben a 18 és 45 év közöttiek körében a többszemélyes háztartások 71,6%-kal, a 46 és 64 év közöttiek körében az egyedülállók 47,2%-kal fölülreprezentáltak.

Végzettség és keresetnélküliség viszonya az egyedülálló személyek körében:

A 18 és 64 év közötti lakosság körében a legmagasabb végzettség figyelembevételével feltűnik, hogy a szakképzettséggel vagy felsőfokú végzettséggel rendelkező egyedülálló személyek aránya (54,1%) meghaladja az átlagot, miközben a többszemélyes háztartásokban élő, szakképzettséggel nem rendelkezők (48,3%) fölülreprezentáltak. A keresőtevékenység figyelembevételével: az egyedülálló személyek körében a keresettel nem rendelkezők képezik a legnagyobb csoportot (46,8%). A nem egyedülállók körében alacsonyabb a keresettel nem rendelkezők (34,7%) és magasabb a keresettel rendelkezők aránya, mint az egyedülállók (30,1% szemben 22,8%-kal) vagy a keresettel nem rendelkezők körében (35,2% szemben 30,4%-kal).

Időskori szegénység Svájcban – Armut im Alter
Bundesamt für Statistik, Statistik der Schweiz,
20 Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung
Neuchâtel, Dezember 2014 (52 p.)

Kulcsszavak: időskori szegénység, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=5822>

1 Bevezetés (5-6- p.):

2012-ben Svájcban 1,4 millió személy 65 éves vagy annál idősebb volt. Ez azt jelenti, hogy a lakosság egyhatoda nyugdíjas korban van. Az elmúlt évtizedekben a várható életkor folyamatosan növekedett: 1980-ban egy 65 éves férfi még 14,3 további életévre számíthatott (a nők 18,1 évre), 2012-ben a férfiak már 19,1, a nők 22,1 további életévre számíthattak. Ugyanezen időszakban a 65 év fölöttieknek az állandó lakossághoz viszonyított aránya 13,9%-ról 17,4%-ra növekedett. Mihelyt a babyboom-nemzedék tagjai (1940 és 1965 közöttiek) elérik a nyugdíjas kort, ez a tendencia erősödni fog.

Mivel a nyugdíjas kor elérésével csökken a jövedelem, a jövedelmen alapuló elszegényedés az időskorúak körében kétszer akkora, mint az összlakosság körében (2012: 16,4% szemben 7,7%-kal). Ám ezt a tényt is kritikusan és differenciáltan kell kezelni. Közismert, hogy éppen a 65 év fölöttiek korcsoportjában gyakori, hogy vannak akik, jövedelmük csökkenése ellenére, elégséges tartalékokkal és vagyonnal rendelkeznek, amiből finanszírozni tudják létfenntartásukat.

A szegénységgel kapcsolatban rendelkezésre álló legfontosabb instrumentumok: a jövedelmekről és az életkörülményekről szóló felmérés (*EU Statistics on Income and Living Conditions – EU SILC*), a Szövetségi Statisztikai Hivatal statisztikája, valamint a háztartások költségvetésének felmérése (*Haushaltsbudgeterhebung – HABE*).

A Szövetségi Statisztikai Hivatal tanulmánya a 65 év fölötti lakosság jövedelmi szegénységére vonatkozó információkat, a jövedelmi perspektívát kiterjeszti az időskorúak fogyasztására és vagyoni helyzetére.

Az elemzés a privát háztartásokban élő 65 év fölötti személyekre irányult. Nem terjedt ki viszont a kollektív háztartásokban (pl. ápolási otthonokban) élő időskorúakra. Ez az időskorú lakosság 6,0%-ára vonatkozik. Az életkor emelkedésével az otthonokban lakók száma folyamatosan növekedik. 2012-ben a 70 és 79 év közöttieknek mindössze 2,3%-a lakott ápolási otthonban, miközben a 90 év fölöttiek körében ezek aránya 40%. Az otthonokban lakók többsége nő.

5. 2. Az időskorúak egészségi állapota (32-34. p.):

Miközben a keresőképeség életkorában lévő személyek 14,6%-a ítéli meg «valamelyest megfelelőnek/közepesnek», «rossznak» vagy «nagyon rossznak» egészségi állapotát, az időskorúaknak már 33,2%-a állítja ezt. Minden második időskorú személy (50,4%) valamilyen krónikus vagy tartós megbetegedésben szenved; Az időskorúak 30,7%-a valamilyen egészségi probléma miatt legalább hat hónapja korlátozott mindennapi tevékenységeinek ellátásában. A 18 és 64 év közöttiek körében ezek az arányok: 30,4%, ill. 16,3%. A saját egészségi állapottal való elégedettség az időskorúak körében 62,3%, a 18 és 64 év közöttiek körében 73,2%.

Az ápolási szolgáltatások pénzügyi okokból való visszautasítása: az időskorúak 2,3%-a, a 18 és 64 év közöttiek 5,7%-a mond le pénzügyi okokból az ápolási szolgáltatások igénybevételéről. Többnyire a kötelező betegbiztosítás által nem finanszírozott szolgáltatásokról, elsősorban fogászati kezelésekről van szó.

Az egészségkárosodás az időskorú nők körében gyakoribb, mint a férfiak körében (35,0% szemben 30,9%-kal), a 75 év fölöttiek körében gyakoribb, mint a 65 és 74 év közöttiek körében (37,9% szemben 30,3%-kal).

Az egészségi állapot értékelése végzettség szerint: a kötelező oktatás utáni végzettséggel nem rendelkezőknek csaknem a fele (43,7%-a), a felső középiskolát végzettek (*Sekundarstufe II*) 30,5%-a és a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 23,4%-a valamivel kevesebbet panaszkodik egészségi állapotára.

Az egyedülálló időskorúak gyakran rosszabb anyagi helyzetben vannak és rosszabb az egészségi állapotuk, mint a kétszemélyes háztartásban élőknek (38,1% szemben 30,2%-kal).

Ha különbséget teszünk jövedelmi szegénységben élő és nem jövedelmi szegénységben élő időskorúak között, mindkét csoportnak nagyjából az egyharmada ítéli meg nem jónak egészségi állapotát (36,7%, ill. 32,5%). Amennyiben viszont az összlakosságot vesszük figyelembe, úgy kiderül, hogy a szegénység által érintett személyek közül kétszer annyian panaszkodnak nem jó egészségi állapotra, mint a szegénység által nem érintettek közül (30,8% szemben 16,9%-kal).

Abban a tekintetben, hogy a felmérést megelőző év során az érintettek lemondtak-e legalább egy szükséges ápolási szolgáltatásról, az időskorú lakosság körében alig vannak különbségek. Az idős nők és férfiak nagyjából azonos mértékben érintettek (2-3%).

A 65 év fölötti lakosság szegénységi helyzete tekintetében ugyancsak alig vannak különbségek. Miközben az összlakosság körében a szegények csaknem háromszor olyan gyakran mondanak le ápolási szolgáltatásokról, mint a nem szegények (11,3% szemben 4,3%-kal), az időskorú lakosság körében a megfelelő arányok csaknem azonos mértékűek (2,4%, ill. 2,3%).

Mélanie Sauvain: Változások a svájci társadalombiztosításban

2015. január 1-től

Soziale Sicherheit (CHSS), 2014. 6. sz., 315-317. p.

Kulcsszavak: társadalombiztosítás, Svájc

Forrás Internet-helye:

<http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00096/03319/03351/index.html?lang=de>

Betegbiztosítás:

A díjak átlagosan négy százalékkal nővekednek:

A kötelező betegbiztosítás standard díja 2015-ben átlagosan 4%-kal nővekedik, ami személyenként havi 15,70 CHF-nek felel meg. Az egyes kantonokban a növekedés mértéke 2,7 és 6,8% között mozog.

Az átlagosan négy százalékos növekedés a standard díjra vonatkozik, tehát a 300 CHF franchise-t fizető felnőttek alapbiztosítását tartalmazza, beleértve a balesetbiztosítás fedezetét. Az elmúlt években a díj évente átlagosan 3,6%-kal, a betegbiztosításról szóló törvény (*Krankenversicherungsgesetz*) bevezetése óta (1996) 4,7%-kal növekedett.

A kockázatkiegyenlítés javítása:

A jövőben a kockázatkiegyenlítés az alapbiztosítás keretében a rendkívül magas gyógyszerköltségeket is figyelembe veszi. Így az ambuláns ellátás is bekerül a kockázatkiegyenlítés körébe, ami tovább csökkenti a kockázatszelekcióra való hajlamot.

Jelenleg a kockázatkiegyenlítés során az alábbi kritériumokat veszik figyelembe: az életkor és a nem, valamint az előző évben legalább három, kórházban vagy ápolási otthonban töltött éjszaka. A jövőben az 5.000 CHF-et meghaladó gyógyszerköltségek is bekerülnek ebbe a körbe. Ez a kötelező betegbiztosítás által térített gyógyszerekre vonatkozik, amelyek nem tartoznak valamely átalány körébe.

A törvény revíziója 2017-ben lép hatályba, a betegbiztosítóknak már 2015-ben össze kell gyűjteniük a releváns adatokat.

A legfontosabb projektek 2015-ben:

Időskori gondoskodás 2020:

Az időskori gondoskodás reformja (*Altersvorsorge 2020*) 2015-ben kerül a parlament napirendjére. Az egyeztetési eljárást követően a szövetségi kormány néhány módosítást eszközölt a törvénytervezetben, amelyet 2014 végén a

parlament elé terjesztett. A reform szükségessége és célja nem képezi vita tárgyát. [Ezzel kapcsolatban lásd részletesebben: *Az időskori gondoskodás reformja Svájcban, 2013. 10. sz.; Az időskori gondoskodás reformja Svájcban – Altersvorsorge 2020., 2014. 2. sz.*]

Balesetbiztosítás:

A balesetbiztosításról szóló törvény revíziójának célkitűzései: annak az áldatlan állapotnak a felszámolása, hogy valaki rendelkezik munkaszerződéssel, balesetbiztosítással azonban nem; másrészt a revízióknak meg kell akadályoznia a túlbiztosítás helyzetét, amely akkor következhet be, ha egy rokkantbiztosítással rendelkező, balesetet szenvedett személy eléri a nyugdíjkorhatárt. Egyes esetekben a balesetet szenvedett személyek pénzügyi helyzete jobb, mint azoké, akik nem szenvedtek balesetet. A szövetségi kormány egy katasztrófák esetén alkalmazandó eseménylimít bevezetését is tervezi. A limitet meghaladó károk számára a biztosítóknak fel kell majd állítaniuk egy kiegyenlítő alapot. A revízió előkészítésébe bevonták a szociális partnereket és a biztosítókat, az előterjesztés széles támogatásban részesült. A tervezet most kerül a parlament elé, amely 2011-ben az első verziót túl ambiciózusnak találta és visszaküldte azt a szövetségi kormánynak.

Ritka betegségek koncepciója:

A szövetségi kormány 2014 őszén elfogadta a ritka betegségek kezelésére vonatkozó koncepcióját, amely 19 intézkedést tartalmaz a ritka betegségekben szenvedők egészségi állapotának javítására. A pontos diagnózis és a hatékony kezelés biztosítása érdekében referenciaközpontok felállítására kerül sor. Az Államszövetségi Belügyminisztériumnak 2015 tavaszáig ismertetnie kell az ütemtervet és az államszövetség kompetenciájába tartozó költségek becslését.

A szerző:

Mélanie Sauvain,

Projektverantwortliche, Öffentlichkeitsarbeit,

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

E-Mail: melanie.sauvain@bsv.admin.ch

[Lásd még: *Változások, reformok, kiigazítások a svájci társadalombiztosításban: 2006-ban, 2006. 6. sz.; 2007-ben, 2007. 1. sz.; 2008-ban, 2008. 3. sz.; 2010-ben, 2010. 22. sz.; 2011-ben, 2011. 18. sz.; 2012-ben, 2012. 9. sz.; 2013-ban, 2013. 11. sz., 2014-ben, 2014. 3. sz.*]

Az öngyilkosságok és a munkanélküliség összefüggése a világ 63 országában
Lancet Psychiatry, 10 February 2015

Kulcsszavak: munkanélküliség, öngyilkosság, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366%2814%2900118-7/fulltext>

Wolfram Kawohl professzor és munkatársai (Zürichi Egyetem Pszichiátriai Klinikája) 63 ország 2000 és 2011 közötti adatait értékelték ki. Ebben az időszakban az öngyilkosságok száma globális viszonylatban évente 1,1%-kal csökkent. A folyamat azonban korántsem volt lineáris.

A gazdasági válság és elsősorban a munkanélküliség növekedése számos országban vezetett az öngyilkosságok számának növekedéséhez. Az öngyilkossági ráta érdekes módon mintegy hat hónappal megelőzi a munkanélküliségi ráta növekedését. A munkaerőpiac alakulása mintegy anticipálja a kilátásokat, már a gazdasági helyzet elbizonytalanodása is előrevetíti a negatív következményeket. A fokozódó munkahelyi feszültség, az átszervezések az öngyilkosságnak kedveznek.

Azokban az országokban, ahol a munkanélküliség kezdeti értéke alacsonyabb, pl. 3% volt, a munkanélküliségi ráta 6%-ra növekedéséhez az öngyilkossági ráta 6,1%-kal való növekedése társult. Ott pedig, ahol valamelyest „hozzászoktak” a munkanélküliséghez, az öngyilkossági ráta „csak” 2,1%-kal növekedett, miközben a munkanélküliségi ráta 12%-ról 15%-ra növekedett.

Az öngyilkosságra való hajlam a nyugdíjasokat is sújtja. A gazdasági válság következményeit a nyugdíjasok is megszenvedik, lett légyen szó a nyugdíjak csökkenéséről vagy a mellékjövedelmektől való elesésről.

A kutatók becslése szerint az évente elkövetett 233.000 öngyilkosság közül 45.000 (tehát minden ötödik öngyilkosság) vezethető vissza a munkanélküliségre, vagy a munka elvesztése fölötti aggodalomra. 2007-ben, a globális válság kezdete előtti évben ezek száma még 41.148 volt, 2009-ben viszont 46.131-re növekedett. A különbség 4.983, ami azt jelenti, hogy a munkanélküliséggel asszociált öngyilkosságok közül minden kilencedik a válsággal függött össze.

Az öngyilkosságok és a gazdasági válság összefüggése Görögországban
BMJ Open

Kulcsszavak: öngyilkosság, gazdasági válság, Görögország

A BMJ Open tanulmányának kivonata az Interneten:

<http://bmjopen.bmj.com/content/5/1/e005619>

A nemzetközi összehasonlításban alacsony öngyilkossági ráta Görögországban az elmúlt 30 év során több alkalommal is ugrásszerűen növekedett. Ennek kiváltó okai a *BMJ Open* tanulmánya szerint a népgazdaság helyzetének változásai, amelyekkel összefüggésben akár egy politikai kurzusváltás bejelentése is elég lehetett ahhoz, hogy az embereket öngyilkosságba kergesse, vagy visszatartsa tőle.

Görögország gazdasági helyzete rossz, de volt már ennél rosszabb is. Az egy főre eső GDP 2012-ben 25.000 USD, 1983-ban 4.787 USD volt. A jelenlegi mizéria ellenére a görögök többségének mostanság jobban megy sora, mint az 1980-as években. Persze nem mindenki profitált. A munkanélküliségi ráta 1983-ban 7,6% volt, mára 24,3-ra növekedett. Az öngyilkosságok rátája a nyomorúság ellenére alacsonyabb volt, mint más országokban.

Charles Branas, a Pennsylvania Egyetem kutatója szerint az öngyilkosságok rátája az elmúlt három évtizedben a megváltozott gazdasági keretfeltételek ellenére sokáig változatlan maradt. Ám időnként beütöttek bizonyos események, amelyek ennek hirtelen megváltozásához vezettek: 2002-ben az euró bevezetése kedvező hatást gyakorolt. Az öngyilkosságok rátája a férfiak körében ugrásszerűen 27,1%-kal csökkent (a nők körében azonban nem). Az „*euróforia*” nem tartott sokáig, az öngyilkosságok rátája néhány éven belül elérte a régi szintet.

Görögországban 2008. óta pénzügyi és gazdasági válság van. Az öngyilkosságok rátája az újabb és újabb megtakarítási programok bejelentésével összefüggésben három alkalommal is megugrott: 2008 októberében 13,1%-kal, 2011 júniusában 18,5%-kal, 2012 áprilisában további 29,7%-kal növekedett. Az öngyilkosság rátája 2011 júniusában első alkalommal növekedett a nők körében is.

Úgy tűnik, hogy 2012 áprilisában egy nyugdíjas öngyilkossága volt az az esemény, amely az öngyilkosságok számának drasztikus növekedéséhez vezetett. Ez széles sajtónyilvánosságban részesült. Az öngyilkosságok rátája jelenleg Görögországban magasabb, mint a válság előtti időszakban volt.

Branas professzor adatai szerint úgy tűnik, hogy az öngyilkosságok számának növekedéséért vagy (pl. az euró bevezetése esetén annak) csökkenéséért kevésbé az objektív közállapotok a felelősek. Már annak pusztán bejelentése, hogy a gazdaság a jövőben a gazdaság hegynek vagy völgynek megy-e, elég volt az öngyilkosságra való motivációhoz, vagy az attól való visszatartáshoz. Ha a várakozások vagy félelmek nem igazolódtak be, az öngyilkosságok rátája ismét normalizálódott. Az euró bevezetését követően így történt, a jelenlegi takarékosági politika esetén azonban már nem.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

2015. 7. sz. (2015. március 3.)

Kiemelt téma: Minimálbér, ápolók bére és minimálbére

- Mennyit keresnek a német ápolók? (a Szövetségi Munkaügyi Hivatal kutatóintézetének tanulmánya)
- Minimálbér az ápolás területén Németországban (GYIK a Szövetségi Munkaügyi és Szociális Minisztérium honlapján)
- Tapasztalatok a minimálbér alkalmazása területén (FR, GB, NL, DE)

Európai vegyes hírek:

- Elhízottság a brit orvosok és ápolók körében
- Orvoskorruptió Nagy-Britanniában
- A Strasbourgi Bíróság döntése az otthonszülésről
- Szervadományozás Németországban és Európában

VÁRÓLISTA:

Exportok az egészséggazdaságban

A „Szövetség a demenciásokért” agendája

Jelentés a német nyugdíjbiztosítás helyzetéről 2014-ben

Az RWI tanulmánya a kórházügyi tervezésről

Jelentés a németek egészségmagatartásáról

Jelentés a gyermekjogok helyzetéről Németországban 2015-ben – Kinderreport 2015

Jelentés a szívbetegségek helyzetéről Németországban 2014-ben –Herzbericht 2014

Svájc:

- Kezelési láncok és metszéspontok Svájcban
- Két tanulmány a Commonwealth Fund 2014 felméréséről (Obsan)
- Munkaerőpiaci effektusok a svájci egészségügyi stratégia szempontjából

Időskori szegénység:

- Időskori szegénység és időskori biztosítás a németországi szociális szektorban
- Időskori szegénység a németországi vendégmunkások körében
- A burkolt szegénység hatása az alapbiztosítás szintjére
- Szociális segélyek és időskori alapbiztosítás