

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2016. 14. sz.

Egészséggazdaság, piac, verseny:

- A verseny szerepe az egészségügyben. Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (3. rész): Svájc – az egészségügyi rendszer

Szegénység:

- Jelentés Németország szociális helyzetéről – *Datenreport 2016* (1. rész): Az elszegényedés kockázata
- Jelentés a szegénység helyzetéről Németországban – *Armuttsbericht 2016*
- Hogyan élnek a szegények Németországban és Európában? Az Eurostat adatainak értékelése
- Az időskori szegénység helyzete Németországban (*Bertelsmann Stiftung*)
- A gyermekszegénység helyzete Németországban (*Bertelsmann Stiftung*)
- Gyermekszegénység Németországban a bevándorlással összefüggésben (*WSI Verteilungsmonitor*)

Egészséggazdaság, kórházi gazdálkodás:

- Orvosi és gazdálkodási szempontok a kórházakban. A gazdasági igazgatók diktálnak?

A sajtószemle az EGVE honlapján: <http://www.egve.hu/sajtoszemle>

*Timo Blenk et al: A verseny szerepe az egészségügyben.
Németország, Hollandia és Svájc tapasztalatai (3. rész)
Svájc – az egészségügyi rendszer
Friedrich-Ebert-Stiftung
WISO Diskurs, 01/2016 (36 p.)*

Kulcsszavak: egészséggazdaság, piac, verseny, Svájc

Forrás Internet-helye: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf>

5. A svájci egészségügyi rendszer (15-20. p.)

5. 1. Az alaphelyzet

A svájci egészségügyi rendszer érdekes példa a versenytényezők bevezetésének összefüggésében. Ezenkívül nemzetközi összehasonlításban rendszeresen élenjáró értékeket produkál. A születéskor várható életkor 82,9 év (Németországban 80,9 év, Hollandiában 81,4 év). A felnőtt svájciak 81,3%-a jónak ítéli meg saját egészségi állapotát (Hollandiában 76,4%, Németországban 64,8%). Az egészségügyi költségek GDP-hez viszonyított aránya 11,1% (Németországban 11%, Hollandiában 11,1%).

A svájci egészségügyi piac két területre tagolódik: egy általános, jogszabály által szabályozott alapellátásra (alaptarifá), valamint egy privát kiegészítő biztosításra. Ez utóbbi területen a verseny nem ütközik korlátokba.

A biztosítók csak a kiegészítő biztosítások piacán törekedhetnek haszonszerzésre. A biztosítottak az alaptarifá keretében maguk dönthetnek havi biztosítási járulékaik mértékéről. Kezelés esetén a pénzügyi hozzájárulás a havi járulékkal arányosan növekedik, ill. csökken (franchise). A franchise mértéke legalább 300 CHF és maximum 2.500 CHF között mozog. A svájci biztosítottaknak a választott franchise-tól függetlenül maximum 700 CHF összegig hozzá kell járulniuk a kezelési költségek tíz százalékához. A svájci biztosítottak tehát magasabb pénzügyi hozzájárulást viselnek individuális kezelési költségeikhez, mint a hollandok és a németek.

A svájci betegbiztosításban nincsenek jövedelemfüggő járulékok. Ezek helyett az állam szolidáris segélyeket nyújt a biztosítási járulékokhoz. Németországtól és Hollandiától eltérően ebből az országon belül a befizetendő betegbiztosítási díjak tekintetében szociálpolitikailag tolerálható egyenlőtlenségek keletkeznek. További különbség, hogy Svájcban minden egyes biztosított egyéni biztosítással rendelkezik. A hozzátartozók és a gyermekek járulégmentes együttes biztosítása itt nem

létezik. A gyermekek havi díja, önrésze és a franchise mértéke Svájcban alacsonyabb, mint a felnőtteké.

A svájci egészségügyi rendszer további ismérve a különböző kiszervezett Managed Care-modelleknek az alapellátás területén való terjeszkedésében áll. 2015-ben a svájci biztosítottak 63,6%-a döntött egy ilyen biztosítási lehetőség mellett. A Managed Care-modellek kedvezőbb havi díjat kínálnak és ennek fejében a választott szerződési formától függően korlátozzák a szabad orvosválasztást. A Managed Care-tarifák különböző alapmodelljei különböztethetők meg:

- HMO-modell (*Health Maintenance Organization*): a biztosítottak kötelezettséget vállalnak, hogy betegség esetén mindig a választott egészségügyi központot (csoportpraxist) keressék fel;

- Háziiorvosi modell („*Gatekeeping*“): A biztosítottak betegség esetén kötelesek első alkalommal háziiorvosukhoz fordulni, aki dönt a további kezeléstről, esetleg beutalót ad a megfelelő szakorvoshoz. A háziiorvosi modell keretében szerződéses viszony áll fenn a kiválasztott szolgáltató és a biztosított között;

- Listamodel: A háziiorvosi modellhez hasonlóan a biztosítottak egyoldalúan választják ki a szolgáltatót, szerződéskötésre nem kerül sor. A biztosítottak a biztosító által összeállított listáról választhatnak háziorvost (*Gatekeeper*), aki dönt a további kezelési folyamatról;

- Telemedicina-modellek: A biztosítottak minden újabb egészségi probléma esetén kötelesek előbb telefonon orvosi tájékoztatást kérni. A call center-ben működő orvosok előbb értékelik az esetet, majd döntenek az orvosi vizsgálatról.

A Managed Care-modellek vegyes formái is elterjedtek: a telemedicina-modellnél pl. az orvosválasztás szabad maradhat, vagy a listamodellhez hasonlóan korlátozódhat. A Managed Care-modellekről szóló jogszabály teljesen liberális, széles mozgásteret nyújt az innovatív megoldások számára. A svájci törvényhozó megpróbálkozott ugyan a Managed Care-modellek szigorúbb szabályozásával, azt azonban a 2012-ben tartott népszavazás 76%-os többséggel elutasította.

Az 1990-es években, a Managed Care-modellek bevezetésének kezdetén az irántuk való kereslet a vártnál alacsonyabb volt, a 2000-es évek közepétől azonban a trend megfordult. Ezt követően a kereslet a biztosítottak részéről ugrásszerűen megnövekedett. Ennek oka, hogy 2005-ben bevezették a Managed Care-tarifák és a magasabb választott franchise-ok kombinálhatóságának lehetőségét, ami ideális esetben akár a havi biztosítási díj 50%-os csökkenését is eredményezhette. Ez a növekedési trend a mai napig tart, még akkor is, ha 2012-től a piaci kereslet állandósulása mellett bekövetkezett egy telítettségi állapot.

Jelentés Németország szociális helyzetéről – Datenreport 2016 (1. rész)

Szerk.: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)

Kiad.: Statistisches Bundesamt (Destatis) –

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bonn, 2016 (482 p.)

Kulcsszavak: szegénység, szociális ügyek, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.gib.nrw.de/service/newsletter/gib-newsletter/newsletter_archiv/g.i.b.-newsletter-nr.-326/wege-in-arbeit/datenreport-2016-erschiene-bildung-ist-der-schluesel-zur-integration ;

<https://www.wzb.eu/de/pressemitteilung/bildung-ist-entscheidend-fuer-integration-von-migranten>

6. 2. Az elszegényedés kockázata (169-177. p.)

A szegénység és a szociális kirekesztés csökkentése az „*Európa 2020*” növekedési stratégia célkitűzései közé tartozik. A lakosság jövedelméről és életkörülményeiről szóló közösségi statisztika (*European Union Statistics on Income and Living Conditions – EU-SILC*) a legfontosabb európai szociális adatbázis. Az Európai Unió Statisztikai Hivatala (*Eurostat*) e felmérés alapján évente összeállítja a tagállamok lakosságának aktuális jövedelmi helyzetére és életkörülményeire vonatkozó mutatókat.

6. 2. 1. Jövedelemeloszlás

Németországban a mediánjövedelem 2014-ben 19.733 EUR-t tett ki. A lakosság egyik fele tehát ennél többel, a másik fele ennél kevesebbel rendelkezett. A középérték azonban ennél valamivel magasabb (22.537 EUR) volt.

Ha csupán a jövedelemeloszlás felső és alsó sávját vesszük figyelembe, a lakosság legszegényebb 10%-a a mediánjövedelem kevesebb mint felével rendelkezik (1. decilis viszonya az 5. decilishoz). A lakosság leggazdagabb 10%-a viszont majdnem a mediánjövedelem felével rendelkezik (5. decilis viszonya a 9. decilishoz).

2014-ben a lakosság 11%-ának a mediánjövedelem fele vagy annál kevesebb állt rendelkezésére. A lakosság további 18%-ának nettójövedelme a mediánjövedelem 50-75%-a között volt. A lakosság mintegy 13%-ának nettójövedelme a mediánjövedelem 151%-a és 200%-a között volt. Szűk 8% jövedelme meghaladta a 200%-ot, tehát a mediánjövedelem kétszeresével rendelkezett.

Európai szinten a jövedelmi egyenlőtlenség mérésére az S80 / S20 arányt, valamint a Gini-koefficiens alkalmazzák. Eszerint 2014-ben a lakosság leggazdagabb 20%-ának ötször akkora jövedelem állt rendelkezésére, mint a lakosság legszegényebb 20%-ának. 2014-ben Németországban a Gini-koefficiens értéke 0,31 volt.

6. 2. 2. Az elszegényedés kockázata (relatív szegénység)

Az EU-SILC szerint az elszegényedés kockázata azoknál áll fenn, akiknek a nettó jövedelme nem éri el a nemzeti átlagjövedelem 60%-át.

Németországban 2014-ben 19.733 EUR átlagjövedelem mellett az elszegényedés kockázatának küszöbértéke 11.840 EUR volt. Havi átlagjövedelemre átszámítva ez azt jelenti, hogy 2014-ben az elszegényedés kockázata kevesebb, mint havi nettó 987 EUR átlagjövedelem mellett állt fenn. 2014-ben ez Németországban a lakosság 16,7%-át érintette. 2008. óta (15,2%) a relatív elszegényedés kockázata folyamatosan növekedett.

Az elszegényedés kockázatának mértéke 2014-ben nőknél 17,4%, férfiaknál 15,9% volt. A 18 és 24 év közötti nők 24,0%-át fenyegeti az elszegényedés. Ebben a korcsoportban az elszegényedés kockázata a férfiak 17,4%-át érinti.

Ezenkívül az elszegényedés kockázata mind a nők, mind a férfiak körében a nyugdíjba vonulást megelőző években átlagon felül fokozódik. Az 55 és 64 év közöttiek korcsoportjában a nők 19,4%-át, a férfiak 21,6%-át fenyegeti az elszegényedés. Az elszegényedés kockázata a 65 év fölöttiek korcsoportjában, ill. a nyugdíjas években csökken, ám különböző mértékben. Ebben a korcsoportban a nők elszegényedésének kockázata átlagon felüli (18,4%), a férfiaké jóval átlagon aluli (14,0%).

Az elszegényedés kockázata háztartás-típusok szerint: 2014-ben a gyermeküket egyedül nevelők körében az elszegényedés kockázata csaknem minden harmadik személyt (29,4%) érintett. Az egyedül élők körében ez az arány még magasabb, 32,9% volt. Azokban a háztartásokban, amelyekben két felnőtt él, vagy két felnőtt él gyermekeivel, az elszegényedés kockázata alacsonyabb volt. Azokban a háztartásokban, amelyekben csak két 65 év alatti felnőtt él, az elszegényedés kockázata 11,6%, azokban pedig, amelyekben két felnőtt él gyermekeivel 11,3% volt.

A 18 év fölötti keresőtevékenységet végző személyek körében az elszegényedés kockázata 9,9%, munkanélküliek körében 67,4 %.

A nyugdíjas személyek 16,7%-a élt olyan háztartásban, amelyben fennállt az elszegényedés kockázata.

Kontakt:

Dr. Mareike Bünning

Telefon: (030) 25491-297

mareike.buenning@wzb.eu

Claudia Roth

WZB-Pressestelle

Telefon: (030) 25491-510

claudia.roth@wzb.eu

[Lásd még: *Jelentés Németország szociális helyzetéről – Datenreport 2009. 15-16. sz.; 2014. 4-5-6-7. sz.; Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2013-ban – Sozialreport 2013, 33-34. sz.*]

Jelentés a szegénység helyzetéről Németországban – Armutsbericht 2016

Der Paritätische Gesamtverband

1. Auflage, Februar 2016, 120 p.

Kulcsszavak: szegénység, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.der-paritaetische.de/armutsbericht> ;

A szegénységről szóló kongresszusra (Armutskongress) 2016. július 7-8-án Berlinben kerül sor: www.armutskongress.de

A jelentés szerint a szegénység mértéke Németországban magas szinten stabilizálódott. Miközben 2014-ben a szegénységi ráta kilenc szövetségi tartományban csökkent, két jelentős népességű tartományban, Bajorországban és Észak-Rajna-Vesztfáliában növekedett. A legjelentősebb kockázati csoportok a gyermeküket egyedül nevelő szülők, a munkanélküliek, valamint a nyugdíjasok, akiknek az aránya meredeken emelkedik és első ízben haladja meg az átlagot.

Gazdasági szempontból 2014 igen jó év volt, mégsem vezetett a szegénység értékelhető csökkenéséhez. A szegénység 15,4%-on stabilizálódott. A szegénységi ráta 2013-hoz viszonyítva 2014-ben mindössze 0,1 százalékponttal csökkent. A negatív trend 2006. óta tart, amikor a szegénységi ráta 14% volt. A szegénység által legerőteljesebben érintett csoportot a munkanélküliek képezik (58%). A gyermekszegénység rátája ugyancsak meghaladja az átlagot (19%), a szegény gyermekek felét az egyik szülő egyedül neveli. A gyermeküket egyedül nevelő szülők körében a szegénységi ráta 42%. Riasztó a helyzet a nyugdíjas háztartásokban. A szegénységi ráta 15,6%. A szegénységben élő időskorú nyugdíjasok aránya 2005. óta 46%-kal növekedett. A jelentést készítő szakértők külön tanulmányokban elemezték a statisztikai átlagot meghaladó csoportok helyzetét, mint a gyermekek és a migránsok, továbbá olyan csoportokét, amelyekre a statisztika nem terjed ki, mint a hajléktalanok és a menekültek.

A jelentés összeállítására több társadalmi és szakmai szervezet összefogásával került sor. A szerzők szerint eljött az idő, hogy Németországban olyan szociál- és adópolitikai fordulatra kerüljön sor, amely mindenkit felkarol és senkit sem hagy cserben. E kurzusváltás keretében le kell győzni a szegénységet és el kell érni a szociális egyenlőtlenség csökkenését. 2016. július 7-8-án Berlinben nagyszabású kongresszusra kerül sor, amelyhez a szervezők a legnagyobb szakszervezeti szövetséget (DGB) is megnyerték.

***Eric Seils: Hogyan élnek a szegények Németországban és Európában?
Az Eurostat adatainak értékelése***

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut
in der Hans-Böckler-Stiftung (WSI)
Diskussionspapier 202 (10/2015), 24 p.

Kulcsszavak: szegénység, Németország, Európa

Forrás Internet-helye:

http://www.boeckler.de/wsi_5351.htm?produkt=HBS-006191&chunk=1&jahr=

Az Eurostat közzétette az „elszegényedés kockázatára” vonatkozó adatait. Németországban jelenleg a lakosság 16,7%-át, ill. 13 millió ember fenyeget az elszegényedés veszélye. Az előző két évben ez az arány még 16,1% volt. A növekedés a foglalkoztatási szegénységnek, valamint az elszegényedés kockázatának az időskorúak körében való erőteljesebb növekedésének (14,9%-ról 16,3%-ra) tulajdonítható. A *working poor* aránya Németországban az előző évhez viszonyítva 1,3 százalékponttal, 9,9%-ra növekedett. Ez azt jelenti, hogy Németországban minden tízedik foglalkoztatott szegénységben él.

4. Jövedelmi szegénység és nélkülözés európai összehasonlításban

Minél magasabb a mediánjövedelem, annál alacsonyabb a jelentős anyagi nélkülözések között élő személyek aránya. Németország az Európai Unió azon tagállamai közé tartozik, ahol a reáljövedelem a legmagasabb, a jelentős mértékű anyagi nélkülözés pedig a legalacsonyabb (5,0%). Ennek ellenére az országban minden húszadik személy súlyos nélkülözések között él. Bulgária a jövedelemszint tekintetében az utolsó előtti helyen áll és a lakosság egyharmada (33,1%) igen ínséges körülmények között él.

Ezt a nem meglepő összefüggést megerősíti Rowntree egykori tanulmányának egyik indikátora is: az egy háztartás keretében rendelkezésre álló, csak a család használatában levő illemhely megléte. Ez a feltétel a gazdagabb tagállamokban mind az összlakosság, mind a relatív szegénységben élők tekintetében fennáll. A gazdaságilag kevésbé fejlett kelet-európai államokban azonban a lakosság jelentős része nem rendelkezik saját illemhellyel. Ebben a tekintetben Románia helyzete

kirívó: az összlakosság egyharmada és a relatív szegénységben élők 65,1%-a ebben a helyzetben van.

A lakás fűtésének indikátora: Németországban az összlakosság 4,9%-a, a relatív szegénységben élők 13,3%-a nem rendelkezik elég pénzzel lakása megfelelő fűtéséhez. Bulgáriában a téli hónapokban az összlakosság 40,5%-a, a relatív szegénységben élők 66%-a fagyoskodik.

Lakás szigetelése, tetőbeázás, nedvesség, penész: A relatív szegénységben élőknek minden országban gyakrabban kell elviselniük a penészes és nedves falakat, mint az összlakosság átlagának. Németországban ez az összlakosság 12,3%-át, az EU-ban annak 15,7%-át sújtja. Németországban a relatív szegénységben élők 19,4%-a, az EU-ban 24,5%-a panaszkodik beázó tetőre, nedves falakra, rothadásra.

Lakókörnyezet, közúti forgalom, zajártalom: Németországban minden negyedik személy (25,9%) szenved a lakókörnyezetében uralkodó zajtól, ezek aránya a relatív szegénységben élők körében 33,3%. Nemzetközi összehasonlításban ez mindkét csoport tekintetében a második legmagasabb érték: Máltán az összlakosság 30,3%-ára, Hollandiában a relatív szegénységben élők 37,6%-ára érvényes.

A szerző:

Dr. Eric Seils

WSI in der Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Strasse 39

D - 40476 Düsseldorf

Eric-Seils@boeckler.de

Jörg-Peter Schröpler et al.: Időskori szegénység Németországban
Bertelsmann Stiftung

Kulcsszavak: szegénység, időskori szegénység, Németország

Forrás Internet-helye: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Policy_LebensWK_Okt_2015_final.pdf

Időskori alapbiztosítás

Az alapbiztosítás egy szociális szolgáltatás, amelynek célja a szociokulturális létminimum időskorúak részére való biztosítása. A Társadalombiztosítási Törvénykönyv Tizenkettedik Könyve (*Sozialgesetzbuch – SGB XII*) szerinti időskori alapbiztosítást igénybe vevő nyugdíjasok száma az utóbbi években folyamatosan növekedett. Bevezetése óta (2003) 2013-ig az igénybevevők száma csaknem megduplázódott: 257.734-ről 499.295-ra növekedett. Ebben az időszakban az igénybevétel rátája 1,7%-ról 3,0%-ra növekedett. Itt azonban egy bizonyos szürkezónával is számolnunk kell, mivel információ hiányában vagy az esetleges stigmatizáció miatti tartózkodás miatt nem minden időskorú személy veszi igénybe ténylegesen az alapbiztosítást.

Relatív jövedelmi szegénység időskorban

A relatív szegénység a jövedelmek lakosság körében való eloszlásának kifejezése, amely az összlakosság általános jóléti szintjétől függ. Összehasonlítva a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Tizenkettedik Könyve szerinti időskori alapbiztosítással, a relatív jövedelmi szegénység (szövetségi átlagban) aránya ötször magasabb. A relatív jövedelmi szegénység a 65 év fölöttiek körében 2006-ban 10,4%, 2013-ban 14,3% volt. Ez éppen csak valamivel alacsonyabb, mint az összlakosság tekintetében a privát háztartásokban mért relatív jövedelmi szegénység (15,5%).

A gyermekszegénység helyzete Németországban

Bertelsmann Stiftung, 10. 05. 2015.

Kulcsszavak: szegénység, gyermekszegénység, Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/mai/bedarfslagen-von-familien-in-prekaeren-lebensverhaeltnissen/>

A Bertelsmann Stiftung gondozásában megjelent két tanulmány szerint Németországban minden ötödik gyermek relatív szegénységben él, az állami családtámogatás pedig nem veszi figyelembe kellő mértékben a gyermekek szükségleteit.

A Munkaerőpiaci és Foglalkozáskutatási Intézet (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung – IAB) reprezentatív felmérése szerint Németországban 2,1 millió fiatalkorú olyan családban él, amelynek jövedelme nem éri az elszegényedés kockázatának küszöbértékét.

A kutatás keretében a Társadalombiztosítási Törvénykönyv Második Könyve (*Sozialgesetzbuch – SGB II*) szerinti családtámogatásban részesített háztartásokban élő gyermekek helyzetét összehasonlították a biztos jövedelmi viszonyok között élő gyermekekével. Miközben az elementáris alapbiztosítás területén a hátrányosság csak csekély mértékben jelenik meg, más területeken már jelentős különbségek mutatkoznak: az alapbiztosítással ellátott gyermekek 20%-a szűkös lakáskörülmények között él – szemben a biztos életkörülmények között felnövő gyermekek 3,9%-ával („a többiek”). Négy gyermek közül három, akiknek a szülei az SGB II szerinti szolgáltatásokban részesülnek, nem vehet részt legalább egyhetes nyaraláson (többiek: 21%), 14% Internet nélküli (többiek: 1%), 38% gépkocsival nem rendelkező háztartásban él (többiek: 1,6%). Minden tízedik SGB II szerinti szolgáltatásokban részesülő gyermek családjában nem minden családtag rendelkezik megfelelő téli ruházattal (többiek: 0,7%).

*

Sabine Andresen és Danijela Galic szegénységkutatók (Universität Frankfurt) családi interjúiból kiderül, hogy a szegénység által veszélyeztetett családok gyermekeinek felnevelését számos probléma kíséri. A krónikus pénzhiány következményei: megbetegedések, a szülők válása, szűkös lakáskörülmények, az iskolába vezető út veszélyessége. A szülők számára a nevelés gyakran a nemet mondás fölötti magyarázkodásban és a lemondásban áll.

Andresen és Galic tanulmánya szerint a család- és szociálpolitika túlzott mértékben a szülők munkaerőpiaci integrációjára összpontosul. Célszerű lenne középszintű szakmai hatóságok felállítása, ahol állandó kapcsolattartók állnának rendelkezésre, akik ismerik a családok helyzetét. Ugyanakkor strukturális változásokat kellene bevezetni, a szakhivatalnokok számára szélesebb hatáskört kellene biztosítani és lehetővé kellene tenni a személyre szabott támogatást.

A *Bertelsmann Stiftung* a gyermekek létminimumának felülvizsgálata és az állami alapbiztosítás kiigazítása mellett foglal állást.

Gyermekszegénység Németországban a bevándorlással összefüggésben

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut

in der Hans-Böckler-Stiftung (WSI)

WSI Verteilungsmonitor, Januar 2016 (12 p.)

Kulcsszavak: szegénység, gyermekszegénység, migráció, Németország

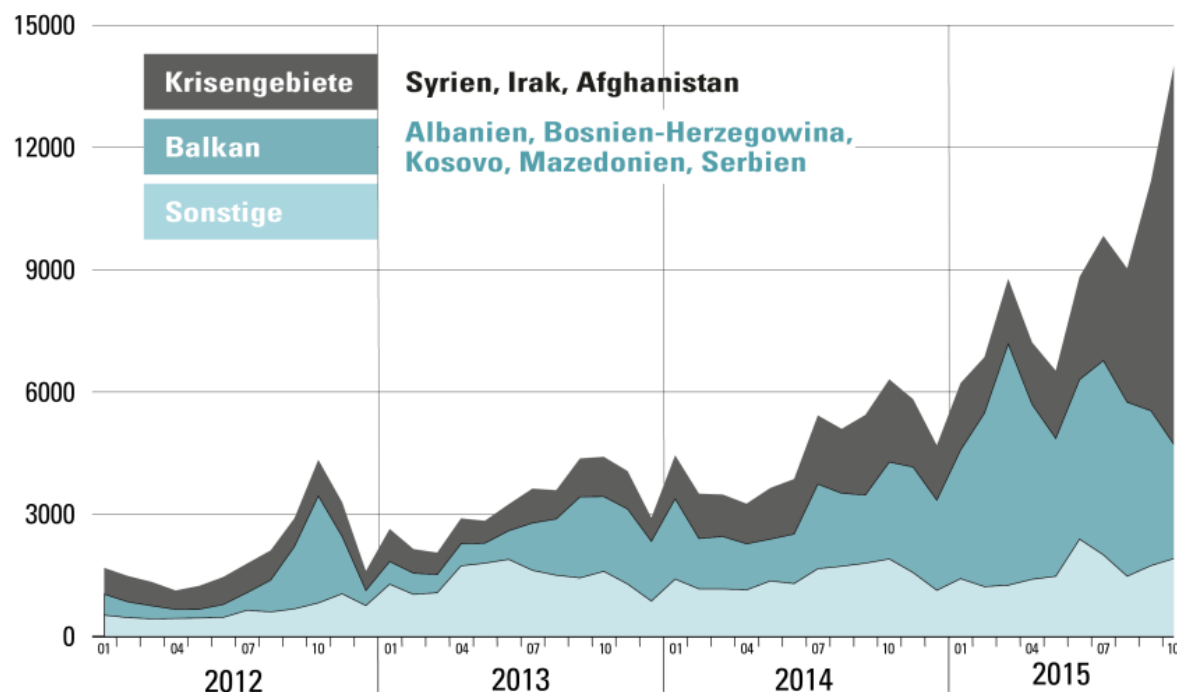
Forrás Internet-helye:

http://www.boeckler.de/wsi_62998.htm

Németországban a 18 év alattiak 19%-a alacsony jövedelmű családban él. A szegény gyermekek aránya 1996. óta magas szinten stabilizálódott. És aggodalmak merülnek fel azzal kapcsolatban, hogy a gyermekszegénység a jelenlegi bevándorlási hullámmal összefüggésben növekedni fog.

Menekült gyermekek származási terület szerint **Flüchtlingskinder nach Herkunftsgebiet**

Erstmalige Asylbewerber unter 18 Jahren nach Herkunftsland (Monatsdaten)



Daten: Eurostat, eigene Berechnungen

A gyermekek és a fiatalkorúak száma az első alkalommal menedéket kérők körében folyamatosan növekedett. Számuk 2015 októberében 14.100 volt. Ezek 66,8%-a a válságövezetektől (Szíriából, Irakból és Afganisztánból) érkezett. Miután a Balkánból való beáramlás alábbhagyott, az innen érkezett gyermekek aránya 13,9% volt. Az Eurostat adatai szerint 2014-ben 3.785 fiú és 595 lány jutott el szülei nélkül Németországba, közülük 275 gyermek 14 éven aluli volt.

A gyermekszegénység Németországban a 2000-es évek elején tetőzött, majd csökkenni kezdett és az 1996-os év szintjén stabilizálódott. A jelenlegi bevándorlási hullámmal összefüggésben felmerül a kérdés, hogy mi a teendő a gyermekszegénység megakadályozása érdekében. A régiók és a különböző bevándorló csoportok összehasonlításából az a következtetés adódik, hogy ebben döntő szerepet játszhat a munkaerőpiaci integráció. A bér munka tartósan lehetővé teszi a szegénységi küszöb fölötti megélhetést. Ehhez hozzájárulhat a minimálbér adekvát alkalmazása. A menekülteknek a minimálbér hatálya alóli kivételezése azonban nem lenne célravezető.

Az 1960-as és 1970-es években bevándorolt vendégmunkások tapasztalatai azt mutatják, hogy a munkaerőpiaci integráció a társadalomba való beilleszkedésnek csupán az egyik feltétele. A vendégmunkások gyakran már érkezésük napján munkába álltak. Ám a teljes mértékű foglalkoztatás elérését követően ők voltak az elsők, akik elveszítették állásukat, mivel alacsony szakképzettséggel rendelkeztek és egyszerű tevékenységeket végeztek. A társadalom legalján éltek és sokan közülük ott is maradtak. A kihívás most a megfelelő szakképzésben áll, amely lehetővé teszi számukra, hogy mielőbb boldogulhassanak és a gazdaság hasznára tudjanak válni.

Arno Fricke: Orvosi és gazdálkodási szempontok a kórházakban.

A gazdasági igazgatók diktálnak?
Ärzte Zeitung online, 2016. május 25.

Kulcsszavak: egészségügyi gazdálkodás, kórházi gazdálkodás, kórházvezetés, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/article/911949/vlk-praesident-diese-sicht-gesundheitswesen-grundlegend-falsch.html?cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20160525-Klinik-Management

Interjú Prof. Hans-Fred Weiser-rel, a Németországi Vezető Kórházi Orvosok Szövetségének (Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands – VLK) elnökével.

Hans-Fred Weiser professzor:

2003. óta a Németországi Vezető Kórházi Orvosok Szövetségének elnöke.

Orvostudományi tanulmányait 1969-ben kezdte el Göttingenben.

1988-2011. között osztályvezető főorvos (I. Chirurgische Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Diakoniekkrankenhauses Rotenburg/Wümme). A minimálinvazív sebészet úttörője.

ÄZ: Kik diktálnak a kórházakban? A gazdasági igazgatók, vagy az orvosok?

Prof. Hans-Fred Weiser: Az egészségügyben eluralkodó pénzügyi nyomás miatt a gazdasági szempontok is egyre erőteljesebben megjelennek az ellátásban. Az a benyomásom, hogy – tipikusan német módra – ebben a tekintetben is sikerült túllőnünk a célon. Úgy tűnik, hogy a kórházakban egyenes céllá vált a deficit gerjesztése és ehhez a gyógyítás szolgál eszközt gyanánt.

Ez azt jelenti, hogy a kórházak ipari létesítményeknek tekinthetők?

Weiser: Jól látható, hogy egy drámaian hamis és ténylegesen a gazdaság által dominált szemléletről van szó. A célok és eszközök ilyen viszonya a feldolgozóiparra jellemző. Ám ez a szemlélet az egészségügyben hamis. A kórház célja a gyógyítás és pont.

Szóval a kórházakban a gazdasági igazgatók diktálnak?

Weiser: Erre nem lehet általában válaszolni, ám az előbbiekből kitűnik, hogy a konvencionális kereskedői gondolkodás az egészségügyben nem

adekvát. Ezt az okosabb kórházvezetők megértették és tudják, hogy a kórházakban a tulajdonképpeni hozzáadott értéket az orvosok és az ápolók hozzák létre. Senki sem azért választ egy bizonyos kórházat, mert annak a gazdasági igazgatója annyira kompetens.

Respektálják-e a gazdasági igazgatók az orvosok teljesítményét? Milyen az egyes szintek közötti kommunikációs kultúra?

Weiser: Pontosan erről van szó. Ha a gazdasági igazgató megértette, hogy miként működnek az értékteremtési folyamatok a kórházban és az egészségügyi piacon általában, az orvosi és gazdasági vezetők az egymás iránti kölcsönös tisztelet jegyében, egyenrangú felekként képesek az együttműködésre.

Hogyan egyeztethető össze a kórházi szektor ökonomizálódása a minőségbiztosítással?

Weiser: Az ökonomizálódás ugyan már-már szitokszónak számít, a probléma azonban alapjában véve nem ebben áll: Az egészségügyben minden egyes egység gazdasági alapokkal is rendelkezik, amelyek tulajdon fenntartását és stabilitását szolgálják. A tulajdonképpeni probléma – és rendszerint ezt értik az ökonomizálódás fogalmán – a kommercializálódás. Ennek gyakori példái a csípő és térdízületi endoprotézisek.

Melyek az ökonomizálódás, vagy kommercializálódás okai? Elég lenne ezt a tartományok általi beruházásfinanszírozás hiányának rovására írni?

Weiser: A beruházások tartományok általi finanszírozásának elmaradása elsőrendű botrány, amely súlyosbítja az összes problémát, amellyel kórházainkban az ökonomizálódással, kommercializálódással és minőségüggyel összefüggésben szembesülünk. Ám a feszültségeknek nem ez a tulajdonképpeni oka. Mindennek a rákfenéje a DRG-rendszer, amely átvette a feldolgozóipartól és meghonosította az egészségügyben a darabszám szerinti költségszámítást.

Egy vezető orvosnak mindenképpen el kell sajátítania a vállalkozói gondolkodásmódot is?

Weiser: A vezető kórházi orvosnak természetesen át kell látnia vállalkozói gondolkodás mechanizmusát. De ennek a helyes, az egészségügy szempontjából adekvát gondolkodásnak kell lennie. A vezető orvos kötelessége, hogy világosan mondja el a véleményét a kórházvezetőségnek, ha olyan feltételeket támasztanak és olyan célokat tűznek ki, amelyeket a jó orvoslás érdekében inkább mellőzni kellene. Ez nem mindig egyszerű és jó tűrőképesség kell hozzá.

Az ökonomiai gondolkodás nem kerülhet előtérbe.
Hans-Fred Weiser hozzászólása a Német Orvostudományi Kongresszuson
Deutsches Ärzteblatt online, 2016. május 26.

Kulcsszavak: egészségügyi gazdálkodás, kórházi gazdálkodás, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/67861>

A 119. Német Orvostudományi Kongresszusra (Deutscher Ärztetag) 2016. május 24-27. között Hamburgban került sor.

Hans-Fred Weiser, a Németországi Vezető Kórházi Orvosok Szövetségének (Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands – VLK) elnöke előadásában kijelentette, hogy az egészségre vonatkozó döntések nem függhetnek gazdasági megfontolásoktól. Az etikai felelősséggel rendelkező orvoslás nem ismeri a térdprotézisekkel, szívkatéteres műtétekkel és szervtranszplantációkkal bónuszok ellenében való kereskedést. Az ökonomizálódást a kórházi esetátalányok bevezetésével a politika importálta az egészségügybe. Ha valaki minden áron a versenyt akarja csodaszereként alkalmazni, anélkül, hogy adekvát keretfeltételeket teremtené az egészségügyben, ne csodálkozzék, ha a rendszer egyszer csak üzemgazdasági kritériumok szerint kezd szerveződni.

A *Kienbaum vállalkozói tanácsadó cég* egyik aktuális felmérése szerint 2015-ben a vezető kórházi orvosok 97%-át befolyásolták pénzügyi ösztönzőkkel, miközben ezek aránya 1995-ben még mindössze öt százalék volt. A Kienbaum 2011-ben készített felmérése szerint a főorvosok 19%-a, a szakorvosok 15%-a, sőt a továbbképzésben résztvevő orvosok 6%-a vett részt volumenekhez társított bónuszmegállapodásokban.

Hans-Fred Weiser a Vezető Kórházi Orvosok Szövetsége nevében felhívással fordult a Német Kórház Társasághoz (*Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG*), hogy a Szövetségi Orvosi Kamarával egyetértésben dolgozzon ki ajánlásokat az olyan célmegállapodások kizárására, amelyek elsősorban egyes szolgáltatások, mennyiségek, komplex beavatkozások vagy elszámolási pontok fejében pénzügyi ösztönzőket helyeznek kilátásba.

A kongresszuson parázs vita alakult ki az ökonomizálódásról, a vezető kórházi orvosok és a gazdasági igazgatók szerepéről, viszonyáról. A felszólaló orvosok nem zárkóztak el eleve a rendelkezésre álló források gazdasági szempontok szerinti felhasználásától. Az egyik hozzászóló felvetette a gazdasági igazgatók egyfajta kontrollinstanciájának felállítását.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Komparatív tanulmányok:

- A verseny szerepe az egészségügyben: Németország, Hollandia, Svájc

Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

- A svájci egészségügy zsebkönyve 2015 – *Gesundheit – Taschenstatistik 2015 (BFS)*
- Szociális biztonság az európai országokban: számok és tények (2015) (BMAS)
- 35 európai ország statisztikai adatai: egészségügy, szociális biztonság (BFS)

Kábítószer:

- Jelentés a kábítószerügy helyzetéről Németországban 2015-ben – *Drogenbericht 2015*
- Az ENSZ kábítószerügyi jelentése
- A fiatalok kábítószer iránti affinitása 2015-ben (BZgA)

Kórházügy:

- A minőség, mint a döntéshozatal kritériuma a kórházügyi tervezés területén (DKI)
- Az állami finanszírozás feladatainak a járulékfizetőkre való áttevődése. Elemzés a privát betegbiztosítók szemszögéből
- Jelentés az orvostechikai ágazat helyzetéről Németországban (BvMED, 2015.)

eHealth:

- Ellátás 2030-ban – *Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin (GVG Köln)*
- A német e-Health-törvény tervezete
- eHealth Németországban. Digitalizálás és adatvédelem (FES)
- Fogyasztóvédelmi felmérés az egészségügyi adatvédelemről (TNS Emnid)
- A smartphone kórházi használata az Egyesült Királyságban
- Betegportálok mellékhatásokkal
- Hackertámadások a németországi kórházak ellen
- Tanulmány az online-gyógyszertárakról: az adatbiztonság kérdései (Spamedo)
- Adat- és aktamegsemmisítés a kórházakban és az orvosi praxisokban
- Az egészségügyi applikációk lehetőségei és kockázatai (*CHARISMHA*)

Svájc:

- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit 2015. 6. sz.*)
- Az ellátórendszer költségeinek és finanszírozásának alakulása az új kórházfinanszírozás bevezetése óta. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Szocioökonómiai és kulturális egyenlőtlenségek a svájci lakosság egészségmagatartásában (*Obsan Bulletin, Obsan Bericht*)
- Az alapellátást nyújtó orvosok helyzete Svájcban. A Commonwealth Fund 2015. évi felmérésének eredményei (*Obsan Bulletin 3/2016; Obsan Dossier 50*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier 52*)
- Az egészségügyi személyzet strukturális felmérésének elemzése; a munkaerőhiány kiszámítása (*Obsan Dossier 53*)
- Big Data az egészségügyben (SAMW)
- Swiss Personalized Health Network (SAMW Bulletin)
- A Svájci Orvostudományi Akadémia alapelvei az embereken végzett kísérletekről
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei a kényszerintézkedésekről (átdolgozott változat), 2015 december
- A szociális segélyek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit 2015. 6. sz.*)
- Folyamatok a szociális segélyek területén (2006-2011)
- A foglalkoztatás minősége Svájcban
- *ValeurS Gesundheit*, 2016. 1. sz. A Szövetségi Statisztikai Hivatal információs magazinja
- Tartós ápolás a kantonokban (*Obsan Rapport*)
- Medical wellness a svájci szállodáikban
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*

Szociálpolitika:

- Datenreport 2016
- Jelentés a nyugdíjbiztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben – *Rentenversicherungsbericht 2015 (BMAS)*
- Időskori biztosítás Németországban és Ausztriában (WSI Report)
- Az időskori nyugdíjazás helyzete 2000 és 2014 között (BIAJ)

- Nyugdíjperspektívák 2040 (prognos)
- Nyugdíjak és regionális tökefolyamatok (IAT)
- Csökkent keresőképesség miatti nyugdíjazás a betegápolók körében (*IAT Forschung aktuell*)
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- A gazdasági válság és a német szociális rendszer válsága
- A hitelalapú szociálpolitika felemelkedése Németországban
- Az időskori biztosítás finanszírozása Németországban tartományok közötti összehasonlításban
- Jelentés a családpolitikáról és a családok helyzetéről Németországban 2014-ben – *Familienreport 2014*
- A szociális innováció gazdasági tényezői
- A német szociális modell válsága (IAQ)
- Válság és válságkezelés a német szociális államban (ZeS)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövödelmek (IMK Report)
- Szociális biztonság a munkavégzés modern világában. A GVG állásfoglalása az Arbeit 4.0 Zöldkönyvvel kapcsolatban
- Jelentés a minimálbérekről 2016-ban – *WSI-Mindestlohnbericht 2016 (WSI-Bericht, WSI-Report 1/2016)*
- A bérezés helyzete a szociális ágazatban (Böckler Impuls, FES)
- Soziale Sicherheit (CHSS), 2016. 1. sz.

Ritka betegségek:

- Ritka Betegségek Elleni Nemzeti Akcióterv (NAMSE) (Németország)
- A ritka betegségek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit 2015. 4. sz.*)

Rehabilitáció:

- Jelentés a rehabilitáció helyzetéről – *Rehabericht 2015 (DRV)*
- Az orvosi rehabilitáció jövője

Népegészségügy:

- A német kormány HIV-stratégiája 2030-ig
- Egészségi egyenlőtlenségek az időskorúak körében (*GBE Kompakt, RKI*)
- Időskorúak testi ereje (*RKI Faktenblatt*)

Rövidhírek (aleatorikusan):

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)