

A szociálpolitika helyzete Németországban 2013-ban

Jahresüberblick Sozialpolitik 2013

Zeitschrift für Sozialreform, ZSR 60 (2014), Heft 1, 6-13., 28-36. p.
(Erösen tömörítve)

1. Prof. Dr. Gerhard Bäcker: *Az időskori biztosítási politika áttekintése:*

1. 1. Az időskori biztosítási politika alakulása:

2013 eseménydús esztendő volt az időskori biztosítási politika történetében. A választási kampány során a nyugdíjtéma sokkal erőteljesebben jelent meg, mint 2009-ben. A koalíciós szerződésben négy jelentős nyugdíjpolitikai kérdésben sikerült megállapodásra jutni: a gyermeknevelési idők figyelembevételének kiszélesítése azon anyák részére, akiknek a gyermekei 1992 előtt születtek, a szolgáltatások javítása a csökkent keresőképesség miatti nyugdíjak esetén, csökkentés nélküli nyugdíj a 63 éves korukban nyugdíjba vonulók számára, valamint az életpálya teljesítményét figyelembe vevő szolidáris nyugdíj.

A nyugdíjpolitika iránti érdeklődés növekedése a lakosságnak a „szociális igazságossággal” összefüggő fokozódó érzékenységével magyarázható. Egyrészt az ún. Hartz-reformok következményeivel és az elszegényedés kockázatának növekedésével, másrészt a felháborító összegű menedzseri fizetésekkel és a bankmentő csomagokkal kapcsolatos viták során megmutatkozik, hogy sokakban az a benyomás keletkezik, miszerint a társadalomban eluralkodik az igazságtalanság. A jövedelmek és a vagyonok aránytalan elosztásának növekedése elfogadhatatlan. Valójában tudományos kutatások bizonyítják, hogy a jövedelmi olló Németországban a 2000-es évek eleje óta jelentősen kettényílt.

Az igazságosság és a finanszírozás szempontjából problematikus, hogy a szolgáltatások tervezett javítását kizárólagosan járulékokból és nem adóforrásokból finanszírozzák. Az anyasági nyugdíjak emelése (1992 előtt született gyermekek), valamint az életpálya teljesítményét figyelembe vevő szolidáris nyugdíj bevezetése össztársadalmi elvárás, ezekhez azonban nem társul megfelelő mennyiségű járulékbefizetés, amelyeket a társadalombiztosításra köteles munkavállalóknak és a munkaadóknak kellene viselniük. A nyugdíjpénztárakba a reformok finanszírozásához befizetendő szövetségi támogatás elmaradása elsősorban az uniós pártok (CDU/CSU) álláspontjának tulajdonítható, amelyek a választási kampány során kizárták bármely adóemelés lehetőségét.

A nyugdíjpolitikai fejlemények érdekes eleme a foglalkoztatói nyugdíjak alakulása. A foglalkoztatói időskori gondoskodásra kötött szerződések száma stagnál. Ez azért furcsa, mert a foglalkoztatás az előző évekhez hasonlóan növekedett, a foglalkoztatói nyugdíjak pedig, legalábbis a szakmai nyilvánosság számára, vonzó alternatívának számítanak a Riester-nyugdíjakkal szemben. A stagnálás oka esetleg a telítettség határának elérése, vagy a munka világának megváltozása lehet. A foglalkoztatói nyugdíjak portabilitása [más biztosítóhoz való átvihetősége] továbbra is nehézkes. Ez akkor jelent problémát, ha a munkavállalók rövid időn belül munkahelyet váltanak. Másrészt a foglalkoztatói nyugdíj a kölcsönzött munkavállalók, alacsony bérezésűek és minijobberek esetén nehezen finanszírozható, miáltal azt igénybe sem veszik, vagy a munkaadók fel sem kínálják annak lehetőségét.

1. 2. A nyugdíjbiztosítás pénzügyi helyzete:

A nyugdíjassza 2013-ban jó évet zárt. A járulékkulcs 0,7 százalékponttal, 18,9%-ra való csökkentése ellenére a nyugdíjassza 2013-ban az előző évekhez hasonlóan többletet realizált. A nyugdíjbiztosítás tartaléka 30 milliárd EUR-ra növekedett. A tartalékok mértéke az év folyamán meghaladta a törvény által definiált fenntarthatósági tartalékot, így lehetővé tette volna a járulékkulcs, további, 18,3%-ra való csökkentését. A koalíció azonban a járulékkulcs 2014-ben való fenntartásáról döntött. Ez az intézkedés üdvözlendő, ugyanis ez nem jelent megterhelést a gazdaság számára.

Az elkövetkező években a nyugdíjbiztosítás kiadásai növekedni fognak, ami szükségessé teszi a járulékkulcs emelését. A kiadások jövőbeli növekedése egyebek között azzal függ össze, hogy 2017-2018-ban a *baby-boom*-generáció eléri a nyugdíjkorhatárt. Az sem biztos, hogy a járulékbévételeknek a foglalkoztatással összefüggő növekedése tartós lesz. Az elmúlt évek során bebizonyosodott, hogy a konjunktúra a nyugdíjpénztárak működésének fontos tényezője. A társadalombiztosításra köteles munkahelyek teremtése legalábbis egy időre kiegyenlítheti a demográfiai folyamatoknak a társadalombiztosításra gyakorolt hatásait.

A konjunktúra és az új szövetségi kormány kiadási tervei mellett a minimálbér tervezett bevezetése is hatást gyakorolhat a nyugdíjbiztosítás pénzügyi helyzetének jövőbeli alakulására. A minimálbér bevezetését követően, ennek mértékével arányosan a nyugdíjpénztárak bevételeinek nem jelentéktelen növekedése várható. Mindenesetre a növekvő bérek a nyugdíjformulának megfelelően időben késleltetve növekvő nyugdíjakat eredményeznek, ami részben ismét felemészteti a többletbevételt és csökkenti a minimálbér jelentőségét a nyugdíjpénztárak szempontjából.

4. Thomas Gerlinger: *Az egészségpolitika áttekintése:*

4. 1. Reformok és reformtervek:

Az egészségpolitika területén 2013 a csönd éve volt. A választási kampány miatt már nem került sor nagyobb reformkísérletekre. Februárban hatályba lépett a betegjogi törvény, amely különösebb változásokat nem hozott, mindössze az eddigi jogszabályok és a bírósági ítéletek beépítésére korlátozódott. A jövőben a betegpénztáraknak támogatniuk kell biztosítottak kezelési hibák miatti kártérítési igényeit. A szabályozás korábban ezt csak lehetőségként írta elő. A betegpénztáraknak mostantól rendszerint három héten belül dönteniük kell a szolgáltatásokra vonatkozó kérelmekről.

2013 elején hatályba lépett a szükséglettervezésről szóló új irányelv. Az új szükséglettervezés alapelve, hogy a háziorvosi ellátást lehetőség szerint helyben kell biztosítani, míg a szakorvosi ellátás jóval nagyobb vonzáskörzetre terjedhet ki. Az új eljárás előírja az egyes tervezési területek differenciálását, amelyhez az adott specializálódás mértékétől függően hozzárendelődnek az egyes orvoscsoportok. Az eddigi tervezési eljárásnak a járásokhoz és a járási jogú városok határaihoz való orientációját most egy differenciáltabb tervezési ráccsal helyettesítik. A háziorvosi ellátás tervezésére most átlagos méretű területeken kerül sor. Ez a járásokhoz tartozó közepes nagyságú és nagyobb városoknak felel meg, így kisebb, mint a korábban alapul vett járásoké és járási jogú városoké. A szakorvosi ellátás (pl. fül-orr-gégészek, szemorvosok, orthopéd szakorvosok) tervezési területei az eddigiekhez hasonlóan a járások és a járási jogú városok. A specializált szakorvosi ellátás (pl. aneszteziológusok és radiológusok) tervezésére az új térségi tervezési régiók (pl. Rajna-Majna régió) keretében, az elkülönített szakorvosi ellátására (pl. idegsebészek) az adott betegpénztári orvosi egyesülés illetékességi területén kerül sor. Ezzel az átrendezéssel a háziorvosi ellátás tervezése a háziorvosok arányosabb megoszlása érdekében kisebb térségekre terjed ki. Az átstrukturálás eredményeként most 3.000 új háziorvosi telephely jött létre. Másrészt új orvoscsoportok is bekerültek a szükséglettervezésbe.

Végül, a fekete-sárga kormány (CDU/CSU-FDP) 2013 áprilisában előterjesztette **a prevenció törvény tervezetét**, amely az akkori ellenzék és a szakmai közvélemény éles ellenállásába ütközött. A legfőbb kifogások: a tervezet egyoldalúan a viselkedéshez kötődő prevenció ösztönzésén alapult, amely alig csökkentheti a szociális egyenlőtlenségeket; nem tartalmazott megfelelő instrumentumokat az életkeretek participatív strukturális átalakítására; a tervezetből nem derült ki, hogy miként kellene végbemennie a sikerhez szükséges regionális szintű hálózatba szerveződésnek és struktúraképződésnek. Jóllehet a *Bundestag* elfogadta a tervezetet, az szeptemberben a *Bundesrat*-ban elbukott a szociáldemokrata kormányzású tartományok ellenszavazatán. Ebben a

tervezetnek egy további kritikus pontja is szerepet játszott: az akkori fekete-sárga koalíció szándékai szerint a prevenció törvény elfogadásához az egészségügyi korrupció tilalma társult volna, amelyet azonban a Társadalombiztosítási Törvénykönyvben (*Sozialgesetzbuch – SGB*) és nem Büntetőtörvénykönyvben rögzítettek volna, ahogyan azt az akkori ellenzék követelte.

4. 2. A CDU/CSU és az SPD közötti koalíciós szerződés:

A 2013-ban tartott Bundestag-választásokon az egészségpolitika alárendelt szerepet játszott. Az ellenzéki pártoknak nem sikerült eljuttatniuk reformüzeneteiket a széles nyilvánossághoz. A koalíciós tárgyalások során a pártok delegációi csak hosszú idő elteltével jutottak megállapodásra.

A kötelező betegbiztosítás finanszírozása:

A koalíciós szerződés tartalmaz ugyan bizonyos módosításokat a kötelező betegbiztosítás finanszírozására vonatkozóan, amelyek azonban nem jelentenek az Egészségügyi Alap által fémjelzett finanszírozási rendszertől való elfordulást. A jövőben a munkaadóknak és a munkavállalóknak egyaránt 7,3%-os betegbiztosítási járulékot kell fizetniük. A munkaadók járulékkulcsát ezen a szinten befagyasztják. A biztosítottak 2005-ben bevezetett 0,9 százalékpontos rendkívüli hozzájárulását eddigi formájában eltörlik, mostantól azonban behajtanak egy újonnan konstruált kiegészítő hozzájárulást. A betegpénztárak tehát a jövőben 14,6%-os járulékot szednek be. Amennyiben nem jönnének ki ebből az összegből, az eddigiekhez hasonlóan az egyes betegpénztárak individuálisan megszabott kiegészítő hozzájárulást vetnek ki biztosítottjaikra. Az Egészségügyi Alaphoz befizetett adókból finanszírozott szövetségi támogatás alapján véve fennmarad, annak pontos mértékét azonban nem határozták meg.

Ellátás és ellátási struktúrák:

Az ellátás irányítása tekintetében a koalíció elsősorban az ellátás minőségére összpontosít. Ez elsősorban a kórházi szektort, a kórházügyi tervezést és a kórházi térítéseket érinti. A Közös Szövetségi Bizottság (*Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA*) követelményei szerint a kórházak minőségügyi jelentéseiben nagyobb figyelmet kell fordítani a közérthetőségre és a tartalmi elemekre. Amennyiben egy kórház bizonyítottan magasabb minőségű szolgáltatásokat nyújt, az adott szolgáltatások kivonhatók a többlétszolgáltatások miatti forráselvonások hatálya alól. Kiváló minőség fejében pótlék nyújtható, az átlagon aluli minőség miatt viszont nagyobb mértékű levonással sújthatják a kórházakat. A minőség mérése során figyelembe kell venni a kockázati tényezőket (pl. az életkort) és egyéb indikátorokat.

A koalíciós szerződés szerint a betegpénztárak 2015 és 2018 között lehetőséget kapnak arra, hogy a szerződött orvosi ellátás területén kötött szelektív szerződésekhez hasonlóan, kiválasztott tervezhető szolgáltatások tekintetében „modell-jellegű minőségügyi szerződéseket köthessenek az egyes kórházakkal”. Ezzel kapcsolatban a Közös Szövetségi Bizottság négy tervezhető szolgáltatást fog kiválasztani. A betegpénztárak tartományi szinten egységesen és közösen határozzák meg a minőségügyi szerződések kritériumait. A betegek szabad kórházválasztása fennmarad, maguk a szerződések értékelés tárgyát képezik.

A betegpénztári betegeket sújtó hosszú várakozási időkkel szembeni fellépés: A betegpénztári orvosok egyesüléseinek ún. „előjegyzési rendszert” kell felállítaniuk, amelyhez a betegek szakorvoshoz való beutalás esetén fordulhatnak. Az előjegyzési irodának egy héten belül időpontot kell adnia, a vizsgálatot rendszerint négy héten belül el kell végezni.

A kormánykoalíció betegségmenedzsment-programok bevezetését tervezi a depresszió és a hátfájás területén.

Prevenció:

A koalíció tervei szerint a prevencióról szóló törvényt még 2014-ben el kellene fogadni. A törvény az életkeretekben, iskolákban, munkahelyeken való prevenciót és egészségfejlesztést helyezi előtérbe. Mindennek előfeltétele a társadalombiztosítási teherviselők, a tartományok és az önkormányzatok közötti kooperációt szabályozó kötelező keretmegállapodások elfogadása.

Ápoláspolitikai és ápolásbiztosítás.

Az ápolásbiztosítás járulékkulcsa az elkövetkező években 0,5 százalékponttal emelkedik. Ebből 0,2%-ot a többletszolgáltatásokra fordítanak, további 0,1 százalékpont a Szövetségi Bank által igazgatandó „ápolási előtakarékosági alapba” („*Pflegevorsorgefonds*”) folyik be, amelynek célja a további járulékemelés megelőzése. Ezenkívül 0,2 százalékpontot az ápolásra szorultság új fogalmával összefüggő szolgáltatások finanszírozására fordítanak. A tervezett járulékemelés, tekintettel a jelenlegi 2,05%-os, illetve gyermektelenek esetén 2,3%-os járulékra, jelentős mértékűnek számít. A járulékemelésből származó, évente mintegy ötmilliárd EUR összegű többletbevétel azonban nem lesz elégséges az ápolás növekedő költségeinek fedezésére. Ezenkívül az ápolási gondoskodási alap létjogosultsága is megkérdőjeleződik. A Mackenroth-tétel szerint a szociális kiadások mindig csak az adott periódusban, azaz az újraelosztás időszakában végzett gazdasági tevékenységből finanszírozhatók. Az alap hatékonysága tehát kérdéses, mivel az jelentős kockázatoknak, így a pénzügyi piacokon végbemenő folyamatoknak van kitéve.

4. 3. Az egészségügyi rendszer pénzügyi helyzete:

A kötelező betegbiztosítás pénzügyi helyzete 2013-ban az előző évekhez hasonlóan stabil volt. A kedvező konjunktúrának köszönhetően a betegpénztárak és az Egészségügyi Alap bevételei és tartalékai tovább növekedtek, 2013 harmadik negyedévének végén elérték a 27 milliárd EUR-t. Mindenesetre az év végén több betegpénztár is jelezte, hogy kiadásai meghaladják a bevételeket. A kötelező betegbiztosítás tartalékai több mint 180 millió EUR-ral meghaladják az összkiadásokat. A tartalékok így a betegbiztosítás kéthavi kiadásainak felelnek meg. Az egészségügyi rendszer további fejlődése tekintetében releváns tényező az Egészségügyi Alap számára nyújtott szövetségi támogatás mértéke, amely az elmúlt években ingadozott: 2010-ig jelentősen növekedett, 2010 és 2013 között 15,7 milliárd EUR-ról 11,5 milliárd EUR-ra csökkent, 2014-ben pedig már csak 10,5 milliárd EUR-t tett ki. Ez arra a veszélyre utal, hogy a szövetségi kormány a szövetség pénzügyi helyzetétől teszi függővé a támogatás mértékét, ami jelentősen megnehezíti a betegpénztárak számára a biztonságos tervezést. A szövetségi támogatás mértékének tartós rögzítése vonatkozásában azonban az új szövetségi kormánynak sem sikerült áttörést elérnie.

2013-ban a kórházak pénzügyi helyzete több alkalommal is a szakmai nyilvánosság érdeklődésének középpontjába került. A *Deutsches Krankenhaus-Institut* felmérése szerint 2012-ben minden második kórház a pénzügyi statisztika vörös tartományába került. A deficit csak azért nem vezetett kórházbezárásokhoz, mert ezeknél a kórházaknál az önkormányzat a helyi és regionális ellátás fenntartása érdekében kiegyenlítette a számlákat. Az elkövetkező években azonban a kórházakra nehezedő pénzügyi nyomás nem fog csillapodni, ami elsősorban a térítési rendszeren múlik. Mivel az esetátalányok mértéke a kiválasztott kórházak megfelelő átlagköltségeihez igazodik, az egyes kórházak költségmegtakarításai egyfajta „pincelépcső-effektust” váltanak ki: a költségcsökkentésre irányuló törekvések az átlagköltségek további csökkenéséhez, így az esetátalányok (DRG) szerinti térítés további csökkenéséhez vezetnek. Másrészt, az önkormányzatok saját siralmas költségvetési helyzetüknél fogva gyakran már maguk sem hajlandók, vagy nem is képesek a kórházak adósságainak kiegyenlítésére. Ezért költségmegtakarításra és a deficit csökkentésére sarkallják kórházaikat. Következésképpen a kórházi munkakörülmények és az ellátás további rosszabbodására, illetve állami kórházak privát kézbe vándorlására számíthatunk.

4. 4. Az ápoláspolitikai alakulása:

Az ápolásbiztosítás pénzügyi helyzete továbbra is stabil volt. Az ápolást és az ápolásbiztosítást terhelő körülmények: a szolgáltatásokat igénybevevők számának növekedése, a szakképzett munkaerő hiánya.

A politikának 2013-ban sem sikerült jogszabályban rögzítenie az ápolásra szorultság új, elsősorban a demenciás betegek különleges szükségleteit figyelembe vevő definícióját. Ennek fogalmi keretei már 2009. óta rendelkezésre állnak, a szövetségi kormány ápolási tanácsadó testülete azonban 2013 júniusában egy második jelentést terjesztett elő az ápolásra szorultság fogalmának konkrét elemeire vonatkozóan. A koalíciós szerződés csak szűkszavúan tér ki ennek gyakorlati alkalmazására. Mivel Hermann Gröhe szövetségi egészségügyi miniszter kijelentette, hogy előbb szeretné próbának alávetni az ápolási tanács javaslatait, az ápolásra szorultság új fogalmának a jelenlegi törvényhozási ciklusban való bevezetése kérdésessé válik.

Az ápolás új irányáról szóló törvény (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) 2013. január 1-én lépett hatályba. Ez előírja a pénzbeli ápolási díj és a természetbeni ápolási szolgáltatásoknak a jelentős gondozást és felügyeletet igénylő ápolásra szoruló személyek, elsősorban a demenciás személyek számára való mennyiségi bővítését. A törvény rendelkezik még egy önkéntes privát kiegészítő ápolásbiztosítás, a Daniel Bahr korábbi miniszter nevéhez fűződő ún. „Pflege-Bahr” bevezetéséről is. Egy ilyen szerződés megkötése esetén a biztosítottak havonta 5 EUR adókból finanszírozott támogatásban részesülnek. A támogatott biztosítási szerződéshez kötődő feltételek: a biztosítók nem követelhetik az egészségi állapot vizsgálatát; kockázati pótlékok kivetése és szolgáltatások kizárása nem megengedett; ápolás esetén a biztosítási szolgáltatás összege a III. ápolási fokozatban havonta legalább 600 EUR; a szolgáltatásra való jogosultság eléréséig öt éves várakozási időnek kell eltelnie.

A szerzők:

Prof. Dr. Gerhard Bäcker

Universität Duisburg-Essen

Institut für Soziologie

E-mail: gerhard.baecker@uni-due.de

Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Universität Bielefeld

Fachbereich Gesundheitswissenschaften

E-mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

[Lásd még: *A szociálpolitika helyzete Németországban 2012-ben, 2013. 20. sz.*]

[A Zeitschrift für Sozialreform c. folyóirat 2014. 1. sz. letölthető a Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen honlapjáról: <http://www.z-sozialreform.de/ccm/content/2014/heft-01-2014/rueckblick-auf-die-entwicklung-der-sozialpolitik-im-jahr-2013/>] (KB)