

UNIVERSITÄT POTSDAM

WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHE FAKULTÄT

FINANZWISSENSCHAFTLICHE DISKUSSIONSBEITRÄGE

Soziale Reformen in Polen. Zwischen Bewahrung und Neuanfang.

von

Christoph Sowada



Diskussionsbeitrag Nr. 23
Potsdam 1999

Herausgeber:
Prof. Dr. Hans-Georg Petersen
Universität Potsdam
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät
Lehrstuhl für Finanzwissenschaft
August-Bebel-Straße 89
D-14482 Potsdam, Germany
e-mail: lsfiwi@rz.uni-potsdam.de

Christoph Sowada

Soziale Reformen in Polen. Zwischen Bewahrung und Neuanfang.

Mit den Finanzwissenschaftlichen Diskussionsbeiträgen werden Manuskripte von den Verfassern möglichen Interessenten in einer vorläufigen Fassung zugänglich gemacht. Für Inhalt und Verteilung ist der Autor verantwortlich. Es wird gebeten, sich mit Anregungen und Kritik direkt an den Verfasser zu wenden und etwaige Zitate aus seiner Arbeit mit ihm abzustimmen. Alle Rechte liegen bei dem Verfasser.

ISSN 0948 - 7549

Soziale Reformen in Polen. Zwischen Bewahrung und Neuanfang.

Christoph Sowada

Universität Potsdam, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl für Finanzwissenschaft
August-Bebel-Str. 89, D 14482 Potsdam. Email: sowada@rz.uni-potsdam.de

1. Einführung

Nach der tschechischen Finanzkrise vom Jahre 1997 setzte sich Polen an die Spitze der Reformstaaten in Mittel- und Osteuropa. Beachtliches und beständiges Wirtschaftswachstum, sinkende Inflation, Stabilisierung der Staatsfinanzen sowie eine leichte Entspannung auf dem Arbeitsmarkt stehen für den wirtschaftlichen Erfolg der im Jahre 1990 in Angriff genommenen Transformation der Wirtschaftsordnung. Die in mehreren Parlaments- und Kommunalwahlen erprobte Demokratisierung des öffentlichen Lebens steht für den Erfolg der politischen Transformation. Trotz dieser Fortschritte bleibt die Freude über das bereits Erreichte in Polen dennoch verhalten. Nicht alle Bürger sehen sich als Gewinner. Besonders Landwirte, Arbeitslose und Arme sehen sich als Verlierer der Reformen. Dazu herrscht verbreitet die Überzeugung, daß die bisherigen Reformen nur einen, und ohne ihre Bedeutung zu unterschätzen, vielleicht sogar den leichteren Teil der Transformation darstellten, denn die Umgestaltung sozialer Sicherungssysteme wurde bisher praktisch ausgesetzt.¹ Es mangelte dabei nicht an Ideen oder Programmen. Was fehlte, waren die notwendigen technischen, finanziellen und personellen Kapazitäten, Sozialreformen in Angriff zu nehmen. Und es fehlte den jeweils regierenden Koalitionen an politischem Mut, schwierige Entscheidungen zu treffen, die möglicherweise die eigene Klientel zur Änderung ihres Wahlverhaltens bewegen könnten.

In den letzten drei Jahren erkannten jedoch fast alle politischen Gruppierungen in Polen - vielleicht mit Ausnahme der Bauernpartei PSL -, daß ein weiteres Aussetzen von Sozialreformen ihre eigene Position bedrohen und die bis daher erzielten Veränderungen gefährden kann. Nach zähen endlosen Debatten nahmen die Gesetze über die Reform der sozialen

¹ Zu dem Sequencing-Problem im Transformationsprozeß siehe Petersen/Sowada (1998), S. 8 ff.

Rentenversicherung und die Einführung einer sozialen Krankenversicherung zum Ende des Jahres 1998 die parlamentarischen Hürden. Im Jahr 1999 soll deren Umsetzung folgen.

Auch wenn die Gesetze inzwischen verabschiedet worden sind, ist es nicht zu spät, sie nochmals kritisch zu untersuchen. Drei Fragen sollen im folgenden Aufsatz näher behandelt werden. Zunächst soll geklärt werden, ob die Reformen den Anforderungen einer den sozialen Kriterien verpflichteten Versicherung genügen. Zum zweiten soll geprüft werden, inwieweit durch die angestrebten Veränderungen die bereits bestehenden Finanzierungsprobleme der Rentenversicherung und des Gesundheitswesens kurzfristig gelöst werden können. Letztendlich soll die Aufmerksamkeit den langfristigen Finanzierungsproblemen gewidmet werden. Im Kapitel 2 wird das Gesetz über die Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung unter diesen drei Gesichtspunkten diskutiert. Im Kapitel 3 sollen dann die Reformen der Rentenversicherung analysiert werden. Der Aufsatz schließt im Kapitel 4 mit dem Versuch einer Quintessenz und eines kurzen Vergleichs mit der gegenwärtigen Situation in Deutschland.

2. Soziale Krankenversicherung in Polen

2.1. Der Status quo vor der Einführung der sozialen Krankenversicherung

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde in Polen das sowjetische Modell der staatlich organisierten und finanzierten Gesundheitsversorgung eingeführt. Die vor dem Krieg aufgebauten Krankenversicherungen wurden aufgelöst, die private Initiative unterbunden. Allerdings tat sich der polnische Staat schwer bei der Erfüllung seiner Gesundheitsaufgabe. Als konsumptive Leistung gehörte Gesundheitsversorgung nicht zu den Prioritäten eines sozialistischen Landes.² Über mehrere Jahrzehnte vernachlässigt, verfiel der Sektor zunehmend, was sich besonders an dem Verfall der Einrichtungen, der Absenkung des relativen Lohnniveaus im Gesundheitsbereich, dem dramatischen Verlust an Motivation von Ärzten und Krankenschwestern und nicht zuletzt am schlechten Gesundheitszustand der Bevölkerung bemerkbar machte. Die junge Demokratie erbte im Jahre 1990 ein völlig desolates Gesundheitswesen und veränderte daran zunächst nur wenig.

² Siehe dazu Książkowski (1993), S. 9 ff.

Beachtet man, daß bis 1998 der staatliche Gesundheitssektor die überwiegende Mehrheit der polnischen Bevölkerung versorgte, muß der Anteil der staatlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP) mit ca. 4,7 % als unbefriedigend bewertet werden. Im Vergleich, Deutschland gibt für dieses Ziel knapp 10 % seines BIPs, die Vereinigten Staaten sogar über 13 % aus. Auch wenn ein solcher simpler Vergleich die Realität verzerrt - er vernachlässigt zum einen die privaten Ausgaben für Gesundheitsleistungen (den Schätzungen der OECD zufolge beträgt der Anteil dieser Ausgaben an dem polnischen BIP etwa 1,6 %³) und zum anderen die unterschiedlichen Kaufkraftparitäten der jeweiligen Bruttoinlandsprodukte in den verschiedenen Ländern - dennoch, auch unter der Berücksichtigung der notwendigen Korrekturen, gibt Polen sehr viel weniger für die Gesundheitsversorgung aus, als die Länder der Europäischen Union zu denen Polen bald aufschließen möchte.⁴

Hohe Säuglingssterblichkeit (12,2 auf 1000 Lebendgeburten), im europäischen Vergleich relativ geringe Lebenserwartung der Bürger (68,5 Jahre für Männer und 77 Jahre für Frauen)⁵ und Ausbreitung von ansteckenden Krankheiten widerspiegeln den relativ schlechten Gesundheitszustand der Bevölkerung. Unter der finanziellen Vernachlässigung des Sektors leiden aber nicht nur die Patienten, sondern auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe. Die Durchschnittsentlohnung im dominierenden staatlichen Gesundheitswesen lag 1998 bei etwa 80 % der durchschnittlichen Entlohnung im öffentlichen Dienst und diese liegt ohnehin deutlich unter dem Durchschnitt. Entsprechend groß ist das Verständnis der Bevölkerung für Ärzte und Krankenschwestern, die um auf ihre schlechte Bezahlung aufmerksam zu machen zu drastischen Protestformen, Hungerstreiks eingeschlossen, greifen.⁶ Es ist auch die schlechte Entlohnung, die die Ärzte zur Forderung nach privaten „Zuzahlungen“ seitens der Patienten verleitet. Über den Zugang zu einer angemessenen Versorgung bestimmen letztendlich Geld und Bekanntschaften, so die Meinung von 84 % der Befragten einer repräsentativen Untersuchung im Jahre 1996.⁷ Inzwischen ist die Schmiergeldzahlung so selbstverständlich geworden, daß sie durch die meisten Patienten und Ärzte als voll legitime

³ Vgl. OECD (1997), S. 111. Siehe auch Sobczak (1996), S. 27 ff.

⁴ Vgl. dazu Włodarczyk (1998) S. 80 f.

⁵ Angaben von GUS (1997), S. LXVII und GUS (1998), S. 7.

⁶ 49 % der Befragten eines Panels erklärten sich im Herbst 1996 solidarisch mit den streikenden Ärzten. Anfang 1997 waren es immer noch knapp 30 %. Zu dieser Umfrage siehe Derczyński (1997).

⁷ Siehe dazu Halik (1996).

Leistung angesehen wird. Angesichts dieser prekären Lage sind die Erwartungen der Bevölkerung an die Reform des Gesundheitswesens enorm hoch.⁸

2.2. Polnische Krankenversicherung und die Grundsätze einer sozialen Krankenversicherung

Gesundheit gehört sicherlich zu den wichtigsten individuellen Bedürfnissen. Ein hohes Gesundheitsniveau allen Bürgern zu sichern, wird auch als ein wichtiges gesellschaftliches Ziel akzeptiert. Ist dieses Ziel wenig umstritten, so werden die Wege für sein Erreichen immer wieder kontrovers diskutiert. Denn zum ersten, folgt aus dem hohen gesellschaftlichen Interesse an der Gesundheit der Bürger keinesfalls, daß die Gesellschaft dafür die (Allein-)Verantwortung übernehmen muß. Schließlich ist das private Interesse an guter Gesundheit überragend. Zum anderen spielen die unterschiedlichen Positionen bezüglich der sozialen Gerechtigkeit gerade im Bereich der Gesundheit eine extrem wichtige Rolle.

Zu den konstitutiven Prinzipien einer sozialen Gesundheitspolitik gehört das Bedarfsgerechtigkeitsprinzip. Es besagt, daß jeder, der den gleichen gesundheitlichen Bedarf aufweist, in Qualität und Niveau gleiche Leistungen erhalten soll, unabhängig davon, ob eine finanzielle Beteiligung an den entstandenen Kosten möglich ist oder nicht. Welcher Bedarf befriedigt werden soll, kann jedoch mit Hilfe der Bedarfsgerechtigkeit nicht entschieden werden, sondern muß unter Berücksichtigung volkswirtschaftlicher Möglichkeiten politisch bestimmt werden.

Wie die Finanzierung der Gesundheitsversorgung auszusehen hat, entscheidet jedoch nicht das Bedarfsgerechtigkeitsprinzip, sondern das Solidaritätsgebot. Dieses besagt, daß die „starken“ Mitglieder einer Gemeinschaft die „schwachen“ in Notlagen zu unterstützen haben. In der sozialen Marktwirtschaft ist das Solidaritätsgebot stets an das Subsidiaritätsprinzip gebunden, dessen Wortlaut ist: „... daß, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf ...“⁹. Die Pflicht zur solidarischen Hilfe greift also erst dann, wenn die Lösung des konkreten sozialen Problems auf der Ebene des Individuums oder seines Haushalts bzw. seiner Familie nicht möglich ist.

⁸ Zu einer detaillierten Untersuchung der verschiedenen Erwartungen siehe Koronkiewicz (1998).

⁹ Bundesverband der katholischen Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands (1985), S. 21.

Wer ist in einem System der sozialen Gesundheitssicherung als stark und damit unterstützungspflichtig und wer als schwach und damit unterstützungsbedürftig zu identifizieren? Als Kriterium für „stark“ und „schwach“ bieten sich im Gesundheitsbereich der Gesundheitszustand und die Höhe der gesundheitlichen Risiken an, besonders wenn sich die Gesellschaft auf eine versicherungstechnische Lösung des Versorgungsproblems einigt. Die Gesunden gehören zweifellos zu den Stärkeren, die Kranken zu den Schwächeren. Dem Solidaritätsgebot zufolge, dürfen dann die Kranken nicht über Gebühr stärker belastet werden als die starken und gesünderen Gemeinschaftsmitglieder. Die Einbeziehung weiterer Kriterien für „stark“ und „schwach“, wie Einkommen, Familienstand oder Alter, überzeugt dagegen bei einer Krankenversicherungslösung nicht, was nicht bedeuten soll, daß diese Kriterien in anderen Bereichen der sozialen Sicherung (z.B. beim Existenzminimum oder der Familienförderung) nicht bestimmend sein können. Ihre Ablehnung in der Krankenversicherung kann sowohl theoretisch als auch empirisch begründet werden. Legt man das Tinbergensche Grundprinzip der Wirtschaftspolitik zugrunde,¹⁰ dann ist es falsch, mit Hilfe *eines* wirtschaftspolitischen Instrumentes (z.B. der Sozialversicherung) *mehrere* sich z.T. ausschließende Ziele (z.B. Risikoausgleich, Einkommensausgleich, Familienlastenausgleich und Altersausgleich) verfolgen zu wollen. Die Schwierigkeiten der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung mit dem multiplen sozialen Ausgleich liefern die praktische Evidenz dafür.¹¹ Für die Umsetzung des Solidaritätsprinzips ist es dagegen von weit größerer Bedeutung, daß sich keiner der Solidaritätspflicht entziehen kann und keiner von der solidarischen Hilfe ausgeschlossen wird. Die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die soziale Krankenversicherung ohne eine (finanzielle) Diskriminierung der schlechten gesundheitlichen Risiken ist deshalb unabdingbar.

Erfüllt die polnische Krankenversicherung die Grundprinzipien einer sozialen Krankenversicherung, das Bedarfsgerechtigkeitsprinzip und das Diskriminierungsverbot von schlechten Risiken? Die Antwort auf diese Frage ist: Im wesentlichen ja. Die polnische soziale Krankenversicherung erfaßt als Pflichtversicherung fast alle Bevölkerungsgruppen.¹² Das Gesetz besagt im weiteren, daß jeder Versicherte das Recht hat, im Bedarfsfall die notwendigen Leistungen in Anspruch zu nehmen. Allerdings sind einige Gruppen außerhalb der Versiche

¹⁰ Vgl. Tinbergen (1972), S. 98 ff.

¹¹ Vgl. dazu z.B. Vaubel (1990), S. 14 ff.

Art. 2 und Art. 7ff. des Gesetzes über die soziale Krankenversicherung vom 6. Februar 1997 und des Änderungsgesetzes vom 18. Juli 1998.

rungspflicht geblieben, so z.B. auch nicht erwerbstätigen Menschen, die nicht als arbeitslos gemeldet sind und nicht der Familienmitversicherung unterliegen. Zwar gilt weiter das Verbot für die Ärzte, bei einer akuten Bedrohung für Leib und Leben, Hilfe zu unterlassen, auch wenn keine Versicherung vorliegt und keine private Bezahlung möglich ist. Dieses Verbot beschränkt sich aber nur auf die absolut notwendigsten Leistungen, so daß das Bedarfsgerechtigkeitsprinzip in bezug auf die gesamte Bevölkerung aufgeweicht wird. Gleichzeitig wird auch das Solidaritätsprinzip auf der Finanzierungsseite eingeschränkt.

Dagegen erfüllt die polnische Krankenversicherung das Solidaritätsprinzip, hinsichtlich des umfassenden Ausgleichs zwischen schlechten und guten Risiken, indem sie auf eine Diskriminierung der Beiträge nach der individuellen Risikohöhe verzichtet und gleichzeitig die Aufnahme in eine Krankenversicherung garantiert. Allerdings sind private Zuzahlungen bei bestimmten Leistungen vorgesehen.¹³ Solange sich diese auf ein „unerwünschtes“ Verhalten der Patienten (z.B. Visite beim Facharzt ohne eine Anweisung des Hausarztes) oder Leistungen mit hohem Komfort beziehen, verletzen sie das Solidaritätsprinzip nicht. Eine Zuzahlungspflicht entsteht jedoch auch bei Medikamenten. Hier werden die als „schwach“ identifizierten Kranken stärker belastet als die Gesunden.

Trotz dieser Einwände kann eine breite Übereinstimmung der polnischen Lösungen mit den Grundprinzipien einer sozialen Krankenversicherung festgestellt werden, natürlich nur unter der Annahme, daß diese tatsächlich umgesetzt werden (können). Nichtsdestotrotz sind Nachbesserungen im bezug auf die Versicherungspflicht notwendig, um nicht nur allen eine angemessene Gesundheitsversorgung zu garantieren, sondern auch, um alle an den finanziellen Lasten einer Versorgung mit Gesundheitsleistungen angemessen zu beteiligen.

2.3. Soziale Krankenversicherung und das akute Finanzierungsproblem im Gesundheitswesen

Es wäre naiv zu erwarten, daß die akuten Probleme des polnischen Gesundheitswesens durch die bloße Einführung der Krankenversicherung schnell gelöst werden können. Zunächst bedeutet die Gesundheitsreform nur ein Austausch von Finanzierungsquellen. Mehr Geld wird aber im Prinzip dem Sektor nicht zur Verfügung gestellt. Zur wichtigsten Quelle werden die einkommensabhängigen Beiträge.¹⁴ Der Beitragssatz soll gemäß Art. 19 des Gesetzes vom

¹³ Art. 69b und 34 ff. des Gesetzes vom 18. Juli 1998.

¹⁴ Um eine höhere Gesamtbelastung der Einkommen zu vermeiden, reduzieren sich gleichzeitig die Einkommenssteuersätze um die Höhe des Beitragssatzes. Eine solche Lösung ist auch konsequent, weil

18.07.1998 7,5 % der Beitragsbemessungsgrundlage (im wesentlichen Bruttoeinkommen) betragen. In dem Gesetz vom 6.02.1997 war noch ein Beitragssatz von 10 % vorgesehen. Die Absenkung des Beitrags wurde durch eine deutliche Verbreiterung der Bemessungsgrundlage (insbesondere im Bereich der landwirtschaftlichen Einkünfte) ermöglicht. Insgesamt muß der Gesundheitssektor jedoch bis auf weiteres mit einschneidenden finanziellen Restriktionen rechnen. Eine Entlastung durch staatliche Mitfinanzierung von Präventivmaßnahmen und teuren Transplantationen ändert daran wenig. Was sich wirklich ändert ist, daß der Gesundheitssektor von der Haushaltslage des Staates unabhängiger wird und von dem Wachstum der Beitragsbemessungsgrundlage profitieren kann. Kurzfristig kann jedoch nur die Nutzung vorhandenen Effizienz- und Rationalisierungsreserven helfen. Ob dies gelingt, hängt im wesentlichen davon ab, ob die Krankenkassen, Ärzte und Patienten genügend motiviert werden, die Allokation der knappen Mittel optimal zu gestalten.

Obwohl das Krankenversicherungsgesetz den Bürgern ein formales Recht auf freie Kassenwahl einräumt, muß dennoch davon ausgegangen werden, daß die regionalen Kassen für die meisten Versicherungspflichtigen die einzige Versicherungsmöglichkeit anbieten werden.¹⁵ Zwar sind die regionalen Krankenkassen verpflichtet, auch nicht in ihrem Einzugsbereich lebende Versicherungspflichtige aufzunehmen (Art. 69a), die Versicherten dürfen jedoch nur zwischen den Ärzten wählen, die bei ihrer Krankenkasse unter Vertrag stehen (Art. 60).¹⁶ Es ist naheliegend, daß die Krankenkassen nur Verträge mit den Ärzten abschließen werden, die in ihrer Region tätig sind. Auch die Patienten werden wohl eher die Ärzte in der Nähe des eigenen Wohnorts aufsuchen. Ein Auseinanderfallen des Wohnorts (Behandlungsorts) und des Versicherungsorts könnte in dieser Situation für die Patienten den Verlust des Versicherungsschutzes bedeuten. Ein Aufweichen der Monopolstellung der regionalen Krankenkassen ist nur in den Grenzregionen zwischen den Kassen zu erwarten, bzw. bei Versicherten, die die Möglichkeit haben, in eine Branchen- oder Betriebskrankenkasse zu wechseln. Da die Hürden für den Aufbau solcher Kassen jedoch sehr hoch gesetzt wurden,¹⁷ wird es sich bei ihnen wohl eher um Ausnahmen handeln. Private Versicherungen sollen erst nach 2000 zugelassen werden. Warum sollen sich aber regionale Monopolisten zum

mit der Einführung der Krankenversicherung die Ausgaben des Staates für Gesundheit sinken. Auch muß der Staat jedoch Beitragszuschüsse für bestimmte Bevölkerungsgruppen leisten.

¹⁵ Der Einzugsbereich der regionalen Krankenkassen wird in etwa dem Gebiet der neu strukturierten Wojewodschaften entsprechen.

¹⁶ Nur in absoluten Notfällen gilt diese Einschränkung nicht.

¹⁷ Art. 69c des Gesetzes vom 18.07.1998.

effizienten Verhalten veranlaßt fühlen, wenn ihnen der Zutritt von Versicherten angesichts der bestehenden Versicherungspflicht sicher ist?

Disziplinierend auf die Krankenkassen könnte u.U. die gesetzliche Festlegung des Beitragsatzes wirken. Dadurch wird den Kassen zumindest bis 2002 die Möglichkeit entzogen, eigenhändig an der Beitragsschraube zu drehen. Es ist allerdings keinesfalls gesichert, daß der Gesetzgeber unter dem Druck der Kassen keine Beitragserhöhungen vornimmt.¹⁸ Das Gesetz legt auf der anderen Seite fest, welche Leistungen den Versicherten im Bedarfsfall zustehen. Lediglich bei Ausgestaltung der Versorgungsverträge mit den Anbietern von Gesundheitsleistungen können die Krankenkassen ihr effizientes Verhalten zeigen. Der Wettbewerb zwischen den Produzenten von Gesundheitsleistungen auf den hier gesetzt wird, ist zwar zu begrüßen, er sollte jedoch nicht überbewertet werden. Eine Grundvoraussetzung für seine Aktivierung ist nämlich, daß die Versicherten echte Alternativen bei der Arztwahl erhalten. In großen Städten ist diese Bedingung sicherlich erfüllt. Auf dem Lande gibt es aber oft nur einen einzigen Arzt oder ein einziges Krankenhaus.

Die Machtposition der Krankenkassen wird zusätzlich dadurch gefestigt, daß sie nicht wie z.B. in Deutschland, mit den Ärzte- und Krankenhausverbänden verhandeln müssen, sondern immer nur mit den einzelnen Leistungsanbietern. Eine Einbeziehung von Ärzteorganisationen ist nicht vorgesehen. Für die meisten Ärzte werden die Kassen also als monopsonistische Nachfrager agieren. Ein Preisdiktat kann zwar die Gesundheitskosten u.U. reduzieren, muß jedoch nicht unbedingt zu einer effizienten Ressourcenallokation führen. Auf der anderen Seite ist zu befürchten, daß wegen mangelnder personeller Kapazitäten und sehr knapper Zeit für die Vertragsverhandlungen die Kassen Pauschalverträge mit ganzen Gruppen von Anbietern abschließen, was jedoch die erwünschte Konkurrenz einschränkt.

Die Krankenkassen dürfen nicht gewinnorientiert arbeiten. Sollten sich z.B. dank eines besonderen Verhandlungsgeschicks beim Einkauf von Leistungen Überschüsse ergeben, ist es unklar, was damit geschehen wird. Beitragssenkungen kommen nicht in Frage, da eine Gleichheit der Beitragssätze ausdrücklich erwünscht und gesetzlich geregelt ist. Auf der anderen Seite können die Krankenkassen mit Zahlungen eines Risikolastenausgleichs zwischen den einzelnen Kassen rechnen, oder aber auch zu solchen Transfers gezwungen werden (Art. 135), besonders wenn sie Überschüsse erwirtschaften. Letztendlich können sich

¹⁸ Die Möglichkeit dazu räumt ihm Art. 169d ein.

die Kassen verschulden. Ob es möglich wird, eine verschuldete bankrotte Krankenkasse mit einigen Millionen Versicherten tatsächlich irgendwann zu schließen, bleibt sehr fraglich.

In einer solchen Situation richten sich die Blicke auf eine staatliche Versicherungsaufsicht.¹⁹ Eine starke zentrale Kontrolle der Kassen ist, wenn auf die Vorzüge des Wettbewerbs verzichtet wird, unbedingt notwendig. Sie widerspricht jedoch den Prinzipien der Selbstverwaltung der Kassen, besonders wenn die Kontrolle zu einer zentralen Steuerung mutiert.

Von den Patienten erfordert die effiziente Allokation knapper Ressourcen, daß sie nur Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch erforderlich sind und sich darüber hinaus selbst bemühen, gesund zu leben. Die freie Arztwahl kann sich auf die Optimierung der Ressourcennutzung sowohl positiv als auch negativ auswirken. Lehnen die Patienten Ärzte und Krankenhäuser ab, die schlechte Leistungen erbringen, verbessert sich die Allokation. Bei einer freien Arztwahl können die Patienten aber auch nach beliebigen neuen Ärzten aufsuchen, wenn sie der Meinung sind, schlecht und zu wenig aufwendig behandelt zu werden. Der Drang der Patienten nach den teuersten Behandlungsmethoden und Medikamenten wird erleichtert. Ärzte, die sparsam verschreiben, sind nun nicht besonders beliebt.

Diese Gefahr veranlaßte den polnischen Gesetzgeber, einige Schranken in das System einzubauen. So dürfen die Pflichtversicherten in Polen ihren Hausarzt frei wählen, sie dürfen diesen jedoch nicht öfter als alle 6 Monate wechseln; sonst droht ihnen nach Art. 60, § 2 eine sog. Registrierungsabgabe. Die polnischen Versicherten dürfen jedoch nicht jeden Facharzt direkt aufsuchen (mit Ausnahme von Gynäkologen, Kinderärzten und Psychiatern), wenn sie nicht die Behandlungskosten selbst tragen wollen. Sie dürfen jedoch mit der Überweisung des Hausarztes frei zwischen den Fachärzten wählen, wenn diese mit der jeweiligen Krankenkasse Verträge abgeschlossen haben. Einige Einschränkungen bestehen auch bei der Wahl der Krankenhäuser. Auch hier droht den Patienten die Übernahme von Kosten(teilen), wenn sie ohne ausdrückliche Überweisung Krankenhäuser eines höheren Referenzgrades (z.B. Spezialkliniken) wählen.

Von einer übermäßigen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sollen die Versicherten auch einige Selbstbeteiligungen abhalten. Die Auswahl der Leistungen, bei denen eine Zuzahlungspflicht entsteht, ist jedoch recht willkürlich. So wurde eine Beteiligung an den Verpflegungskosten bei Krankenhausaufenthalten abgelehnt, obwohl hier tatsächlich bestimmte

¹⁹ Deren Aufgaben und Organisation ist in den Art. 151 und 151a-f des Gesetzes vom 18.07.1998 geregelt.

Ersparnisse in den privaten Haushalten gegengerechnet werden könnten. Bei Medikamenten, Hilfs- und Heilmitteln sowie zahnärztlichen Leistungen erreichen die Selbstbeteiligungen dagegen z.T. beträchtliche Höhen. Auf der anderen Seite gibt es so viele sachliche und personenbezogene Ausnahmen, daß die Transparenz der Zuzahlungen nicht mehr gewährleistet ist. Impulse zu einer sparsamen Nachfrage können deshalb kaum erwartet werden. Insgesamt wird den versicherten Patienten ein sehr umfangreiches Paket an Gesundheitsleistungen garantiert, das ohne größere rechtliche Einschränkungen jederzeit in Anspruch genommen werden kann.

Dem stärksten Rationalisierungs- und Effizienzdruck werden die Anbieter von Gesundheitsleistungen ausgesetzt. Sie müssen Einzelverträge mit den jeweiligen Krankenkassen abschließen und sich gleichzeitig um die Gunst der Patienten bemühen.²⁰ Der erhoffte Wettbewerb könnte jedoch u.U. reines Wunschdenken bleiben. Zum einen ist die schon erwähnte Monopolstellung der Ärzte und Krankenhäuser in ländlichen Regionen zu beachten. Im Herbst 1998, also wenige Monate vor der Einführung der sozialen Krankenversicherung, gab es in Polen lediglich 2000 ausgebildete Hausärzte; der Bedarf wurde auf 20000 geschätzt. Zum zweiten verfügen die Leistungsanbieter generell über Informationsvorsprünge, die es ihnen ermöglichen, eine zusätzliche Nachfrage nach eigenen Leistungen zu kreieren. Erleichtert wird diese Nachfrageinduzierung durch die Wahl bestimmter Entlohnungsverfahren. Bezahlung von Einzelleistungen der Fachärzte (wie vorgesehen) veranlassen diese oft zur Maximierung der Leistungseinheiten und zur Ausweitung der Behandlung. Die Hausärzte sollen dagegen nach der Anzahl der Hauspatienten bezahlt werden. Das kann sie wiederum veranlassen, die behandlungsintensiven, also teuren Fälle, gleich an Fachärzte und Krankenhäuser zu überweisen. Eine generelle Budgetdeckelung, wie vorgesehen, wirkt sich keinesfalls automatisch effizienzsteigernd aus, sondern führt in erster Linie zu Verteilungskämpfen innerhalb der Anbietergruppe. Keines dieser Probleme wurde bisher ausreichend beachtet oder gelöst.

Alles in allem müssen die vorgesehenen Regulierungen in Hinsicht auf die Motivierung zur sparsamen Nachfrage und effizienten Nutzung knapper Ressourcen als unzureichend angesehen werden. Die Hoffnung, daß schlechte Ärzte und Krankenhäuser vom Markt verdrängt werden, kann angesichts fehlender Alternativen schnell verpuffen. Ob die zentrale Kontrolle der Krankenkassen wirksam wird, muß abgewartet werden. Eine schnelle Verbesserung der

²⁰ Deshalb protestieren die Ärzte und Ärzteverbände auch lautstark. Siehe z.B. *Śłużba Zdrowia* (1998).

Lage des Gesundheitssektors in Polen ist deshalb nicht in Sicht, genausowenig, wie eine schnelle Eindämmung der Schmiergeldzahlungen in diesem Sektor.

2.4. Langfristige Probleme

Jedes Gesundheitssystem, soziale Krankenversicherung ebenso wie staatliches Versorgungssystem, steht langfristig vor der Aufgabe, die Versorgung mit Gesundheitsleistungen bezahlbar zu halten. Bei sich ständig verschlechternden demographischen Rahmenbedingungen, sehr kostenintensivem medizinisch-technischem Fortschritt, der jedoch kaum eine endgültige Heilung der meisten Krankheiten verspricht und dem Auftritt von immer neuen Krankheiten ist das keine leichte Aufgabe. Es ist nämlich nicht möglich, die Leistungsträger der Gesellschaft auf Dauer mit inakzeptabel hohen Gesundheitsabgaben zu belasten, denn exzessive Einkommensumverteilung durch einkommensabhängige Beiträge oder Steuern kann die Leistungsträger veranlassen, sich aus der Solidargemeinschaft notfalls auch durch Auswanderung gänzlich zu verabschieden. Dann bleiben die gesamten Finanzierungslasten bei der Mittelschicht hängen. Das ist jedoch weder sozial gerecht, noch allokatonspolitisch effizient.

Es ist nicht mehr möglich, jedem Bürger eine Gesundheitsversorgung auf dem höchstmöglichen medizinischen Niveau zu sichern. Die Bemühungen Grundleistungskataloge über Positiv- oder Negativlisten aufzustellen, sind ein sichtbares Zeichen dafür, daß auch die Politik sich diese Erkenntnis zu eigenen macht. In Polen wird jedoch wider besseres Wissen eine Krankenversicherung installiert, die dem Bürger praktisch eine Vollversorgung garantiert. Nur, wieviel ist eine solche Garantie wert, wenn sie nicht erfüllt werden kann? Es werden letztendlich wieder die Budgeteinschränkungen, die die Illusion von allumfassender kostenloser Versorgung platzen lassen werden, und trotz formaler Gleichstellung weiterhin Bekantschaften und Geld über den Zugang zu höherwertigen Leistungen entscheiden.

Die Alterung der Bevölkerung stellt besonders in umlagefinanzierten Gesundheitssystemen ein finanzielles Problem dar. Es konnte zwar empirisch nachgewiesen werden, daß die meisten Gesundheitsleistungen im letzten Jahr vor dem Tode in Anspruch genommen werden, unabhängig davon, in welchem Alter der Tod eintritt.²¹ Dennoch, durch die Verlängerung der Lebenserwartung werden die Gesundheitsleistungen (besonders Pflegeleistungen) insgesamt länger benötigt. Fehlt gleichzeitig ein generationeninterner intertemporaler Einkommensausgleich, d.h. spart jede Generation nicht ausreichend, um die Leistungen auch im Alter

²¹ Vgl. Zweifel (1997), Lubitz/Prihoda (1984).

bezahlen zu können, dann erhöhen sich die Belastungen der jüngeren Generationen, um so mehr, wenn durch die Einkommensbezogenheit der Beiträge, die Beitragszahlungen der älteren Menschen reduziert werden. Die Renten sind ja i.d.R. geringer als Löhne und Gehälter. Genau diese Entwicklung ist in Deutschland zu beobachten und droht auch in Polen Realität zu werden. Begünstigt wird dies durch die schon angesprochene Vermischung unterschiedlicher sozialer Ziele in der Krankenversicherung. Versicherungsfremde Leistungen wie Einkommens- oder Familienlastenausgleich zerstören nicht nur die Gesamttransparenz der Sozialpolitik, sondern bauen eine gefährliche Illusion auf, es handele sich bei der sozialen Krankenversicherung um ein gerechtes System. Das ist jedoch nicht der Fall. Eine Verlagerung von versicherungsfremden Leistungen in das Steuer-Transfer-System hätte neben einer Transparenzerhöhung den Vorteil, daß die gesellschaftlich durchaus erwünschte Umverteilung nicht auf die mehr oder weniger zufällig zusammengesetzten Versicherungsgemeinschaften abgewälzt wird, sondern durch die gesamte Steuergemeinschaft getragen wird. Ein Alterslastenausgleich kann dagegen problemlos durch individuelle Vorsorge i.S. der temporalen Einkommensumverteilung in die Versicherung integriert werden. Auch für die langfristige Perspektive sollte es sichergestellt werden, daß kein Bürger aus der Solidaritätsverpflichtung einerseits und von dem Recht auf solidarische Hilfe andererseits ausgeschlossen wird. In der gegenwärtigen Form erfüllt die polnische Krankenversicherung diese Bedingungen nicht.

3. Die Rentenversicherung

3.1. Der Status quo im Jahr 1998

Die Vernachlässigung des Gesundheitssektors in Polen ist nicht zuletzt ein Resultat einer Rentenpolitik, die insbesondere in den letzten 10 Jahren oft in den Dienste der Arbeitsmarktpolitik gestellt wurde. 50 % der sozialen Ausgaben werden für die Rentenzahlung aufgewendet. Damit leistet sich Polen eines der teuersten Rentensysteme in Europa, das 1996 16 % des Bruttoinlandsproduktes ausmachte.²² Zum Vergleich, der Anteil der Rentenausgaben am BIP beträgt in der Europäischen Union im Durchschnitt nur 8,7 %. Für die bis Ende 1998 vollständig auf dem Umlageprinzip basierende Rentenversicherung wurde von den Arbeitgebern ein Beitragssatz von 45 % der Bemessungsgrundlage (Bruttolohn der Arbeitnehmer) erhoben.

²² Vgl. Lodahl/Schrooten (1998), S. 11. 2 % des BIP gingen dabei für die landwirtschaftlichen Renten.

Zwar wurde durch die polnische Versicherungsanstalt ZUS auch das Krankengeld²³ bezahlt; diese Ausgaben machten jedoch nur einen Bruchteil der Gesamtausgaben aus. Das polnische Nettorentenniveau gehört mit über 70 % zu den höchsten in Europa. Bei Familienrenten wird im Durchschnitt ein Versorgungsniveau von 65,5 %, bei den Berufsunfähigkeitsrenten von 53,7 % realisiert.²⁴ Die umfangreiche Indexierung der Renten, die zunächst an die Entwicklung der Löhne, seit 1997 stärker an die Entwicklung der Preise gebunden worden ist, führte seit 1989 zu einem Anstieg des Nettoversorgungsniveaus um über 19 Prozentpunkte. Vor allem in den Jahren 1990-1993, also in der Zeit drastischer realer Einkommensverluste in Polen, konnten die Rentner ihre relative reale Einkommensposition deutlich verbessern.²⁵

Neben der Rentenhöhe stieg auch die Anzahl der Rentenbezieher, allein in den Jahren 1990-1992 um über 25 % (über 1,7 Millionen). Die bis heute vorkommende massive Frühverrentung entlastete zwar die Arbeitsmärkte, stürzte jedoch die Rentenversicherung ins Defizit. Obwohl das gesetzliche Rentenalter in Polen 65 Jahre für Männer und 60 Jahre für Frauen beträgt, ist der durchschnittliche männliche Rentner nur 59 Jahre, die Rentnerin 55 Jahre alt. Das durchschnittliche Renteneintrittsalter liegt noch niedriger. Drei Viertel der polnischen Rentner sind jünger als 60 Jahre.²⁶ Dies ist zum einen deshalb möglich, weil die polnischen Rentengesetze für viele Berufe Vorruhestandsmöglichkeiten vorsehen. Zum anderen wird der Zugang zu den Berufsunfähigkeitsrenten, die 37 % aller Rentenausgaben in Anspruch nehmen, großzügig offengehalten. Dramatisch ist auch die Lage der Rentenversicherung der privaten Landwirte. Diese wird zu 93 % aus dem Staatshaushalt finanziert. Die durchschnittliche bäuerliche Rente liegt dabei nur bei 60 % der durchschnittlichen Altersrente.

Ohne eine grundsätzliche Systemänderung hätte die Rentenversicherung, so die einhellige Meinung der Experten, schon bald einen völligen Kollaps erleiden müssen. Der auch in Polen sich abzeichnende demographische Wandel, hin zu einem höheren Bevölkerungsanteil älterer Menschen, verstärkte den Druck, schnell Reformen in Angriff zu nehmen. Die intensive Debatte über eine Rentenreform setzte in Polen schon im Jahr 1994 ein. Jedoch erst mit den Gesetzen vom 22.08.1997 über die Arbeitnehmer-Rentenprogramme und über die Organisation und Aufgaben der Rentenfonds sowie dem Gesetz vom 13.10.1998 über die Soziale Versicherung und dem Gesetz vom 18.12.1998 über die Leistungen der Rentenversicherung

²³ Gezahlt wird es nach dem Ablauf der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber.

²⁴ Vgl. Czepulis-Rutkowska (1997), S. 16.

²⁵ Siehe dazu Sowada (1993), S. 63, 90, 117.

²⁶ Vgl. Lodahl/Schrooten (1998), S. 3 f.

wurde der Weg für ein neues System der Alterssicherung geöffnet.²⁷ Anders als bei der sozialen Krankenversicherung zeigten die polnischen Politiker dabei viel mehr Voraussicht und Mut, neue Wege zu gehen.

3.2. Die Grundprinzipien einer sozialen Rentenversicherung und die polnische Rentenreform

Anders als bei der sozialen Krankenversicherung, wo das Bedarfsgerechtigkeitsprinzip bei der Versorgung mit Leistungen und das Diskriminierungsverbot bei der Finanzierung gerechtigkeits- und alloktionstheoretisch abgeleitet werden können, steht in der Rentenversicherung das Äquivalenzprinzip im Vordergrund. Nicht das Alter selbst, sondern eher die Dauer des Rentenbezuges ist für das Individuum eine Unbekannte. Anders als beim Krankheitsrisiko, bei dem die individuellen Kosten beim Eintritt des Risikofalls nicht ex ante bestimmt werden können, kann das Versorgungsniveau durch Rente im Alter schon während der Lebenszeit berechnet, ja individuell gewählt werden. Dabei sollten in einem freiheitlichen System die individuellen Präferenzen bezüglich des Altersversorgungsniveaus respektiert werden, zumindest, solange ein minimales Vorsorgeniveau nicht unterschritten wird. Staatliche Eingriffe sind nur zulässig, wenn die Individuen eine Altersvorsorge völlig unterlassen bzw. eine Vorsorge auf zu geringem Niveau betreiben. Die theoretische Begründung liefert hier das Argument des free riders. Es ist nämlich nicht ausgeschlossen, daß die Individuen nur deshalb eine Vorsorge unterlassen, weil sie im Alter auf die Hilfe der Steuergemeinschaft (durch Sozialhilfe) vertrauen können. So könnte die Aufgabe der sozialen Rentenversicherung in der Sicherstellung einer Grundsicherung im Alter gesehen werden. Ob die Grundsicherung das Existenz- oder das sozio-kulturelle Minimum erreichen soll, ist letztendlich eine politische Entscheidung.

Die Frage, ob die neue polnische Rentenversicherung eine Grundsicherung für die Rentenbezieher garantiert, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Das Problem liegt in der Konstruktion der Rentenversicherung. Ab 1999 wird die bisher umlagefinanzierte Rente durch ein Drei-Säulen-System ersetzt. Die erste Säule stellt eine weiterhin umlagefinanzierte Basispflichtversicherung dar. Die zweite Säule besteht aus einer Pflichtversicherung auf der Basis des Kapitaldeckungsverfahrens. Die dritte Säule wird durch freiwillige Zusatzversicherung abgedeckt. Die Höhe der Rente aus der ersten Säule hängt ausschließlich

²⁷ Die im weiteren genannten Gesetzesartikeln beziehen sich auf das Gesetz über die Sozialversicherung.

von dem versicherten beitragspflichtigen Einkommen (damit auch der Versicherungsdauer) und dem Alter des Rentners ab. Ein Anspruch auf die Basisrente entsteht mit der Vollendung des 62-sten Lebensjahres. Für die Versicherten mit einer Mindestbeitragsdauer von 25 Jahre und einem Mindestalter von 65 Jahren garantiert der Staat eine Mindestrente in Höhe von 28 % des Durchschnittslohnes in der Volkswirtschaft. Da das Existenzminimum für ein Ein-Personen-Rentnerhaushalt im März 1998 bei etwa 236 zł, das sozio-kulturelle Minimum bei 502 zł lag,²⁸ die durchschnittliche Bruttoentlohnung dagegen 1267 zł betrug, reicht eine garantierte Mindestrente als Sicherung des sozio-kulturellen Minimums nicht aus, wohl aber zur Sicherung des biologischen Existenzminimums. Zu beachten ist jedoch, daß die Mindestrentengarantie nur für langzeitversicherte Bürger im Alter von über 65 Jahre gilt. Damit kehrte die Regierung von Grundsicherungsplänen ab, die in den Jahren 1994-1995 diskutiert wurden. Damals war eine steuerfinanzierte Grundrente von etwa 30 % des Durchschnittslohnes für alle älteren Bürger im Gespräch.²⁹

Die Grundsicherungsfunktion kann neben der Basisrente auch durch die Rente aus der zweiten Renten-Säule, den Rentenfonds erfüllt werden. Praktisch jeder abhängig beschäftigte Bürger wird zu einer solchen Versicherung verpflichtet.³⁰ Er kann zwischen den verschiedenen Rentenfonds frei wählen. Deren Aufgabe besteht darin, die Pflichtbeiträge zu sammeln und dafür zu sorgen, daß diese gewinnbringend angelegt werden. Die Gelder werden später an die Mitglieder der Fonds ausgezahlt. Da die Renten aus den Rentenfonds von der Höhe der eingezahlten Beiträge, der Rendite der Anlagen sowie dem Renteneintrittsalter abhängig sind, bestehen hinsichtlich ihrer Höhe keinerlei Garantien. Die Renten aus den Rentenfonds erhöhen also das Versorgungsniveau, jedoch im individuell unterschiedlichen Maße. So können letztendlich auch sie keine lückenlose Garantie einer Grundsicherung leisten. Damit verfehlt die soziale Rentenversicherung in Polen das Ziel, eine garantierte Grundsicherung für jeden Rentenbezieher sicherzustellen. Ergänzende Sozialhilfe bis zu der Höhe des sozio-kulturellen Minimums wird deshalb weiterhin in Einzelfällen notwendig. Gleichzeitig verstößt eine so konzipierte soziale Rentenversicherung gegen das Gebot der Minimierung staatlicher Zwangsmaßnahmen. Die Beschäftigten werden zu einer Versicherung verpflichtet (insbesondere in den Rentenfonds), die im Regelfall ein Versorgungsniveau oberhalb der Grundsicherung leisten wird. Eine solche

²⁸ Angaben des Institutes für Arbeit und Soziales in Warschau.

²⁹ Vgl. *Expertyzy-Informacje* (1995), Sowada (1996), S. 11 f.

³⁰ Art. 6 des Gesetzes über die Sozialversicherung.

„Zwangsbeglückung“ muß jedoch nicht den individuellen Präferenzen entsprechen. Über ein höheres Versorgungsniveau im Alter und eine größere Konsumzurückhaltung in den jüngeren Jahren dürfen in einem freiheitlichen System nur die Individuen selbst entscheiden. An dieser grundsätzlichen Kritik an der polnischen Rentenversicherung ändert es auch nichts, daß durch die Festsetzung von Beitragsbemessungsgrenzen bei ca. 250 % des Durchschnittslohnes das erzwungene Versorgungsniveau nach oben eingeschränkt bleibt.

3.3. Finanzierung der Rentenversicherung als kurzfristiges Problem

Eine schnelle finanzielle Entlastung des Sozialbudgets von den Rentenausgaben ist auch nach der Reform nicht zu erwarten. Eine solche wäre nur durch sofortige Erhöhung des Rentenalters, Veränderung der Rentenindexierung oder Reduzierung des Rentenniveaus möglich. Die Rentenreform führt sogar zunächst zu zusätzlichen finanziellen Unsicherheiten und Belastungen, die vornehmlich aus der Einrichtung der zweiten Renten-Säule resultieren. Kurzfristig bedeutet die Reform nämlich, daß ein Teil der Beiträge, die bisher dem Umlageverfahren zugeflossen sind, diesem entzogen und den Rentenfonds zugeleitet werden mußten. Dort werden sie angespart und erst später ausgegeben. Sie können damit nicht zur Finanzierung laufender Renten ausgezahlt werden. Die bereits bestehenden Rentenansprüche - laufende Renten und Ansprüche der Versicherten, die nicht mehr genug Zeit haben, um in einem Fonds ausreichend sparen zu können, stellen jedoch einen Rechtsanspruch dar und müssen erfüllt werden. Die neue Rentenversicherung steht also vor der Aufgabe, gleichzeitig für die Erfüllung alter Rentenansprüche zu sorgen und den Aufbau von Kapitalfonds zu schaffen. Das soll allerdings nicht als Kritikpunkt an der Reform interpretiert werden, denn ihr Zweck liegt in der langfristigen Entlastung der Rentenversicherung von den Folgen des demographischen Wandels. Das Kapitaldeckungsverfahren scheint nämlich besser geeignet zu sein, das Rentenfinanzierungsproblem bei alternder Bevölkerung in den Griff zu bekommen.³¹

Um dennoch die kurzfristige Finanzierung der Renten leisten zu können, entschieden sich die polnischen Reformer für eine Aufteilung der Rentenbeiträge. Gleichzeitig schränkten sie den Zugang zu den Rentenfonds ein. Mitglied bei Rentenfonds dürfen zunächst nur Versicherungspflichtige werden, die zum 01.01.1999 jünger als 30 Jahre waren. Versicherungspflichtige zwischen dem 30-sten und 50-sten Lebensjahr können frei entscheiden, ob sie die

³¹ Siehe dazu z.B. Felderer (1987), Marquardt (1996).

zweite Renten-Säule in Anspruch nehmen wollen oder nicht. Für Versicherungspflichtige, die älter als 50 Jahre sind sowie alle Rentner bleibt die umlagefinanzierte Rente (im Rahmen der ersten Säule) die einzige soziale Alterssicherung. Der Beitragssatz für die Altersrentenversicherung soll 19,52 % betragen, der für die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten 13 %, ³² wobei die Beitragsbemessungsgrundlage im wesentlichen dem Bruttolohn entspricht. Der Beitrag für die Altersrente der Versicherten, die sich an den Rentenfonds beteiligen, wird aufgespalten. 7,3 % der Beitragsbemessungsgrundlage fließt den Rentenfonds zu, 1 % der Beitragsbemessungsgrundlage einem Reservefonds und der Rest bleibt im Umlageverfahren, das weiterhin durch die ZUS abgewickelt wird. Die Aufteilung der Beiträge zwischen den Rentenfonds und der ZUS wird sich in der Zukunft im Gleichschritt mit der Reduzierung der alten Rentenansprüche zugunsten der Fonds ändern.

Durch die Abzweigung von Beitragsteilen für die Rentenfonds entsteht in dem Umlageverfahren dennoch eine finanzielle Lücke. Zu ihrer Schließung sollen v.a. Privatisierungserlöse und ergänzend auch staatliche Subventionen aufgebracht werden. Die Verwendung von Privatisierungserlösen für diesen Zweck ist wenig umstritten. Schließlich wird dadurch die Sicherung der Alterseinkünfte derjenigen Generationen betrieben, die maßgeblich an dem Aufbau des staatlichen Vermögens beteiligt waren. Wie groß die finanzielle Lücke und letztendlich damit auch das kurzfristige Finanzierungsrisiko ausfallen wird, hängt v.a. davon ab, wie viele der 30- bis 50-jährigen sich für das neue System entscheiden. Die Rentenansprüche aus den Rentenfonds werden dagegen wegen der kurzen Versicherungsdauer zunächst relativ gering ausfallen. Kurz- und Mittelfristig sind deshalb keine großen Finanzierungsrisiken zu befürchten, wenn die Anlagepolitik der Fonds einigermaßen effizient und die Versicherungsaufsicht zu risikante Anlageformen verhindert.

3.4. Finanzierung der Renten als langfristiges Problem

Der Sinn und Zweck der Rentenreform in Polen ist eine langfristige Vorbereitung des Alterssicherungssystems auf die fortschreitende Veralterung der Gesellschaft zu sehen. Von diesem demographischen Problem sind praktisch alle europäischen Länder betroffen, nur wenige haben aber notwendige vorbereitende Maßnahmen in Angriff genommen. In den umlagefinanzierten Rentensystemen werden die laufenden Renten aus laufenden Beiträgen der Beschäftigten finanziert. Bei konstantem Versorgungsniveau muß eine solche Verschie

³² Dazu kommen noch die Beiträge für die Krankengeldversicherung (Beitragssatz 2,45 %) und die Unfallversicherung (Beitragssatz von 0,4 bis 8,12 %).

bung der Altersstruktur, wie sie in Europa zu sehen ist, zur Erhöhung der Beiträge führen. Das Kapitaldeckungsverfahren setzt dagegen auf die individuelle Verantwortung jedes einzelnen Bürgers. In diesem Verfahren spart jeder für die eigene Altersversorgung, wobei die Sparanlage durchaus in Form einer Versicherung stattfinden kann. Zusätzliche Belastungen der jüngeren Generationen durch die Verschiebung der Altersstruktur werden dadurch ausgeschlossen. Das Finanzierungsproblem der Renten ist damit gelöst, zumindest solange die Ersparnisse der Fonds nicht entwertet und bei Bedarf verlustfrei aufgelöst werden können.³³

Das neue Rentenversicherungssystem in Polen sieht sowohl eine kapitalfinanzierte als auch eine umlagefinanzierte Rente vor. Das angesprochene Finanzierungsproblem der Kapitaldeckung kann in einem Land mit enormen Investitions- und Nachholbedarf sowie hohen langfristigen Wachstumschancen durch eine effiziente Anlagepolitik der Fonds sicherlich befriedigend gelöst werden. Das Finanzierungsproblem des Umlageverfahrens wird zum Teil durch die Einrichtung der zweiten Renten-Säule entschärft. Um den trotzdem verbleibenden demographisch bedingten Zukunftslasten im Umlageverfahren schon jetzt vorzubeugen, wird in Polen kraft Art. 58 des Gesetzes über die Sozialversicherung ein Demographischer Reservefonds errichtet. Gespeist wird er aus einer Umlage von Beitragsteilen, aus Privatisierungserlösen und eventuellen Überschüssen der Versicherungsanstalt. Die Mittel des Fonds sollen in der Zukunft zum Ausgleich der steigenden Lasten durch die Alterung der Bevölkerung verwendet werden. Damit werden die gegenwärtig beschäftigten Generationen stärker zu der Sicherung der eigenen umlagefinanzierten Renten herangezogen. Auch wenn der Reservefonds wahrscheinlich nicht ausreicht, um den Rest der demographischen Risiken abzudecken (darüber bestehen wohl Zweifel, die die Politiker zu einer Garantieerklärung für die umlagefinanzierten Renten veranlaßten), ist seine Einrichtung dennoch als Fortschritt auf dem Weg zu einer Entlastung der künftigen Generationen zu würdigen. Allerdings gilt auch für den Reservefonds das Gebot einer effizienten und wenig spekulativen Anlagepolitik, um das Risiko von Verlusten bei seinem Auflösen zu minimieren.

4. Quintessenz

Das Jahr 1999, in dem fundamentale Reformen im Bereich der sozialen Sicherung starten, könnte zu dem Schicksalsjahr der polnischen Sozialpolitik und damit der polnischen Trans

³³ Vgl. dazu Petersen (1989), S. 129 f.

formation werden. Bei der Ausarbeitung der Reformen schwankten die politisch Verantwortlichen offensichtlich zwischen der Bewahrung z.T. längst überholter Systeme und mutigen Schritten zu modernen, längerfristig orientierten Lösungen.

Bei der Umwandlung der gesetzlichen Rentenversicherung zeigten die polnischen Reformer viel Determination, zukunftsstragende Modelle auszuarbeiten und zu implementieren.³⁴ Sicherlich, geht man von dem Modell der offenen Gesellschaft aus, in dem die Präferenzen der Individuen die bestimmende Größe darstellen,³⁵ kann der Zwang zu einer über das Grundsicherungsniveau hinausgehenden Vorsorge nicht akzeptiert werden, um so weniger, wenn nicht gleichzeitig eine ausreichende Grundsicherung für alle alte Menschen garantiert wird. Dies ist die schwache Seite der Reform. Die Implementierung des Kapitaldeckungsverfahrens und die Einrichtung eines Demographischen Reservefonds bei, wie es aussieht, recht soliden Finanzierung der Übergangszeit, zeigen jedoch, daß Polen das demographische Problem rechtzeitig erkannt und angegangen hat. Davon ist Deutschland noch weit entfernt. Die Rentnerlobbies besonders in den sog. sozialen Flügeln der großen Volksparteien torpedieren schon die Versuche, über grundlegende Reformen nachzudenken, und versuchen mit aller Kraft, die vermeidlichen Besitzstände zu sichern. Die durch die bis 1998 regierende Koalition von CDU und FDP im Jahr 1997 beschlossenen Versuche, die Folgen des demographischen Wandels in die Rentenformel über reduzierte Rentenanpassung und langfristige Senkung des Versorgungsniveaus aufzufangen, wurden durch die neue SPD-Grüne-Koalition gleich nach der gewonnenen Wahl ausgesetzt. Wie eine neue große Rentenreform aussehen soll, ist bisher aber unklar. Vorschläge, wie die Senkung des gesetzlichen Rentenalters oder Errichtung von Tariffonds eignen sich für eine Entlastung der künftigen Generationen sicherlich nicht.

In der sozialen Krankenversicherung setzten sich dagegen in Polen die Bewahrer der staatlich organisierten Vollversicherung durch. Eine solche könnte jedoch als formales Recht bald an den Finanzierungsmöglichkeiten scheitern. Steht sie jedoch nur auf dem Papier, dann ist sie weder gerecht noch kann sie die Korruption und Schattenwirtschaft eindämmen. Zusätzlich installiert Polen ein stark monopolistisches geprägtes System, das keinem der beteiligten Akteure (Versicherungen, Anbieter von Gesundheitsleistungen und Patienten) ausreichende Anreize schafft, sparsam mit den knappen gesundheitlichen Ressourcen umzugehen. In vielen Einzellösungen ähnelt die polnische soziale Krankenversicherung stark der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese garantierte zwar bisher den Mitgliedern ein quantitativ

³⁴ Sie konnte sich dabei z.T. auf die Erfahrungen der Lateinamerikanischen Ländern stützen.

³⁵ Zu dem Modell der offenen Gesellschaft siehe Petersen (1993), S. 201 ff.

und qualitativ hohes Versorgungsniveau, wie die Erfahrungen jedoch zeigen, ist dieses zunehmend nicht finanzierbar. Wie ein doch deutlich ärmeres Land wie Polen mit diesem finanziellen Problem umgehen soll, bleibt offen. So können weder Deutschland noch Polen im Bereich der Krankenversicherung zukunftssichernde Lösungen vorweisen. Diese zu finden ist auch sicherlich viel schwieriger als im Bereich der Rentenversicherung, denn die soziale Krankenversicherung ist mehr als alle anderen Bereiche des Sozialstaates den Forderungen nach Gleichheit und Gerechtigkeit ausgesetzt.

Literaturverzeichnis

- Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands (1985) (Hrsg.): Texte zur Katholischen Soziallehre. 6. Aufl., Kevelaer.
- Czepulis-Rutkowska, Z. (1997): Analiza istniejącego systemu. In: Golinowska, S. (Hrsg.): Reforma Systemu Emerytalno-Rentowego. Raporty CASE. Center for Social and Economic Research, Warszawa, S. 13-27.
- Derczyński, W. (1997): Funkcjonowanie służby zdrowia. Konflikt: rząd-lekarze. In: CBOS Serwis Informacyjny Nr. 2, Warszawa.
- Expertyzy-Informacje (1995): Dyskusja wokół rządowego programu ubezpieczeń społecznych. IPiS, Warszawa.
- Felderer, B. (Hrsg.) (1987): Kapitaldeckungsverfahren versus Umlageverfahren. Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Band 163, Berlin.
- GUS (Polish Statistical Office) (1997): Rocznik Statystyczny 1997. Warszawa.
- GUS (Polish Statistical Office) (1998): Trwanie życia w 1997 - Life Tables of Poland 1997. Warszawa.
- Halik, J. (1996): Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w opinii społeczeństwa. In: CBOS Serwis Informacyjny Nr. 5, Warszawa, S. 79-103.
- Koronkiewicz, A. (1998) (Hrsg.): Reforma ochrony zdrowia i wprowadzenie ubezpieczeń społecznych w opinii Polaków. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- Księżopolski, M. (1993): Kryzys systemu socjalistycznych gwarancji w polityce społecznej. In: M. Księżopolski und J. Supińska (Hrsg.): Zagrożenia i szanse polityki społecznej w Polsce w okresie transformacji. Friedrich-Ebert-Stiftung, Warszawa, S. 7-17.
- Lodahl, M.; Schrooten, M. (1998): Renten im Transformationsprozeß. Zur Lage in Polen, Ungarn, Tschechien und der Slowakei. DIW Diskussionspapier Nr. 158, Berlin.
- Lubitz, J.; Prihoda, R. (1984): The Use and Costs of Medicare Services in the Last 2 Years of Life. In: Health Care Financing Review, Vol. 5, No. 3, S. 117-131.
- Marquardt, M. (1996): Increasing Life Expectancy and Pay-As-You-Go Pension Systems. In: Sonderforschungsbereich 303, Diskussion Paper No A-536, Universität Bonn.
- OECD (1996): Health Data 1996. Paris
- Petersen H.-G. (1989): Sozialökonomik. Stuttgart u.a.O.
- Petersen, H.-G. (1993): Ökonomik, Ethik und Demokratie. Baden-Baden.
- Petersen, H.-G.; Sowada, Ch. (1998): On the Integration of Industrial and Social Policy in the Transition Process. Finanzwissenschaftliche Diskussionsbeiträge, Sonderreihe: Industrial and Social Policy in Countries in Transition, No. S-2, Universität Potsdam.
- Służba Zdrowia (1998): Antylekarska ustawa, antylekarski pełnomocnik. Nadzwyczajny Zjazd Delegatów DIL. In: Służba Zdrowia Nr. 47-48 vom 11-15.06.1998, S. 2-3.
- Sobczak, A. (1996): Changes in the Polish Health Care System in the 1990-1995 Transformation Period. Institute of Finance, Working Papers No. 50, Warszawa.
- Sowada, Ch. (1996): Sozialpolitik im Transformationsprozeß am Beispiel Polens. Finanzwissenschaftliche Diskussionsbeiträge Nr. 7, Universität Potsdam.
- Sowada, Ch. (1993): Stabilisierung im Transformationsprozeß am Beispiel Polens. Integrated Tax and Transfer Research Group, Working Papers No. 9, Universität Giessen.
- Tinbergen, J. (1972): Wirtschaftspolitik. 2. Aufl., Freiburg.
- Vaubel, R. (1990): Sozialpolitik für mündige Bürger. Optionen einer Reform. Baden-Baden.
- Włodarczyk, W. C. (1998): Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Kraków.
- Zweifel, P. (1997): Das Sisiphus-Syndrom im Gesundheitswesen. In: Merke, K. (Hrsg.): Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Berlin, S. 79-92.

Gesetze

Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dziennik Ustaw Nr. 28, Pos 153.

Ustawa z dnia czerwca 1997 r. o wykorzystaniu wpływów z prywatyzacji części mienia Skarbu Państwa na cele związane z reformą systemu ubezpieczeń społecznych. Dziennik Ustaw Nr. 106, Pos. 673.

Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o pracowniczych programach emerytalnych. Dziennik Ustaw Nr. 139, Pos. 932.

Ustawa z dnia 28 sierpnia 1997 r. o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych. Dziennik Ustaw Nr. 139, pos 934.

Ustawa z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz zmianie niektórych ustaw. Dziennik Ustaw Nr. 117, Pos. 756.

Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Internet: <http://ks.sejm.gov.pl>

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Internet: <http://ks.sejm.gov.pl>

Also published in this series:

Finanzwissenschaftliche Diskussionsbeiträge

Nr. 1	7/95	H.-G. Petersen	Economic Aspects of Agricultural Areas Management and Land/Water Ecotones Conservation
Nr. 2	7/95	H.-G. Petersen	Pros and Cons of a Negative Income Tax
Nr. 3	7/95	C. Sowada	Haushaltspolitische Konsequenzen steigender Staatsverschuldung in Polen
Nr. 4	8/95	C. Bork	Die Elektrizitätswirtschaft in der Bundesrepublik Deutschland - Das Tarifpreisenehmigungsverfahren und seine Auswirkungen auf eine potentielle Netzübernahme nach Ablauf von Konzessionsverträgen
Nr. 5	10/95	H.-G. Petersen	Transformation Process After Five Years: Behavioral Adaptation and Institutional Change - The Polish Case
Nr. 6	11/95	C. Bork K. Müller H.-G. Petersen Wirths	Wider den Sachzeitwert - Untersuchung zur Frage des angemessenen Übernahmepreises von Elektrizitätsversorgungsnetzen
Nr. 7	1/96	C. Sowada	Sozialpolitik im Transformationsprozess am Beispiel Polens
Nr. 8	4/96	K. Müller T. Nagel H.-G. Petersen	Ökosteuerreform und Senkung der direkten Abgaben: Zu einer Neugestaltung des deutschen Steuer- und Transfersystems
Nr. 9	6/96	H.-P. Weikard	The Rawlsian Principles of Justice Reconsidered
Nr. 10	9/96	H.-G. Petersen	Effizienz, Gerechtigkeit und der Standort Deutschland
Nr. 11	10/96	H.-P. Weikard	Sustainable Freedom of Choice - A New Concept
Nr. 12	2/97	C. Bork K. Müller	Aufkommens- und Verteilungswirkungen einer Reform der Rentenbesteuerung mit einem Kommentar von H.-P. Weikard zu Rentenbesteuerung und Korrespondenzprinzip
Nr. 13	2/97	C. Bork	Ein einfaches mikroökonomisches Gruppensimulationsmodell zur Einkommensbesteuerung
Nr. 14	3/97	H.-G. Petersen	Das Neuseeland Experiment: Ist das die zukünftige Entwicklung des deutschen Sozialstaats?
Nr. 15	4/97	H.-P. Weikard	Contractarian Approaches to Intergenerational Justice
Nr. 16	8/97	H.-G. Petersen C. Bork	Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf eines Steuerreformgesetzes (StRG) 1999 der Fraktionen CDU/CSU und F.D.P.
Nr. 17	10/97	H.-P. Weikard	Property Rights and Resource Allocation in an Overlapping Generations Modell
Nr. 18	10/97	C. Sowada	Wieviel Staat braucht der Markt und wieviel Staat braucht die Gerechtigkeit? Transformation des polnischen Sozialversicherungssystems im Lichte der deutschen Erfahrungen
Nr. 19	12/97	C. Bork K. Müller	Effekte der Verrechnungsmöglichkeit negativer Einkünfte im deutschen Einkommensteuerrecht

Nr. 20	01/98	C. Bork H.-G. Petersen	Ein Vergleich möglicher Datensätze zur Eignung für steuerpolitische Simulationsrechnungen
Nr. 21	02/98	S. Gabbert H.-P. Weikard	Food Deficits, Food Security and Food Aid: Concepts and Measurement
Nr. 22	01/99	H.-G. Petersen C. Bork	Finanzpolitischer Reformbedarf jenseits der Besteuerung Konsequenzen für die Ausgabenseite

Specials Series:

Industrial and Social Policies in Countries in Transition

No. S-1	12/97	H.-P. Weikard	Industrial Policies and Social Security: Investigating the Links
No. S-2	06/98	H.-G. Petersen C. Sowada	On the Integration of Industrial and Social Policy in the Transition Process
No. S-3	06/98	B. Czasch A. Balmann M. Odening T. Soboczek M. Switlyk	Die Umstrukturierung landwirtschaftlicher Unternehmen beim Übergang zur Marktwirtschaft unter besonderer Berücksichtigung des Faktors Arbeit
No. S-4	06/98	R. Bakardjieva C. Sowada	Soziale Sicherung in Bulgarien 1991-1997. Entwicklung - Stand - Perspektiven
No. S-5	06/98	R. Bakardjieva	Der Privatisierungsprozeß in Bulgarien - Strategien, Widersprüche und Schlußfolgerungen
No. S-6	06/98	M. Bednarski	Privatisation Policy and Industrial Policy in Poland in the Period of Transformation
No. S-7	06/98	G. D. Demopoulos E. K. Fratzeskos	Macroeconomic Developments and Problems in the Transition Process of the Bulgarian Economy
No. S-8	10/98	P. Kurowski	Scope and Forms of State Support to Enterprises in Poland in Period of Transition
No. S-9	01/99	S. Golinowska	Public Social Expenditures