

Wer zahlt für Was und Wen?

Soziale Sicherung: Vietnam vor neuen Herausforderungen

Im Jahr 2010 hat die Weltbank Vietnam erstmals als »middle income country« klassifiziert. Für internationale Geberorganisationen bedeutet dies einen allmählichen Rückzug von Armutsbekämpfungsprogrammen und eine Umstrukturierung ihrer Projektportfolios. Als ein neuer Schwerpunkt steht nun der Auf- und Ausbau von sozialen Sicherungssystemen ganz oben auf der Agenda.

13



Alte Menschen erhalten vom Staat oft nur geringe Transferzahlungen.
Foto: M. Waibel

Sandra Kurfürst, Michael Waibel, Brigitte Hamm & Jonathan Menge

Die Autorinnen und Autoren beschäftigen sich mit der sozialen Verantwortung von Unternehmen (Corporate Social Responsibility) in der vietnamesischen Bekleidungsindustrie im Rahmen eines geplanten Kooperationsprojektes zwischen dem Institut für Entwicklung und Frieden der Universität Duisburg-Essen, dem Institut für Geographie der Universität Hamburg und der Vietnamesischen Akademie für Sozialwissenschaften (VASS).

Internationale Geber heben Vietnams Entwicklungspfad immer wieder als beispielhaft hervor und sie verweisen dabei besonders auf die vorzeitige Erreichung einzelner *Millennium Development Goals* (MDGs). Laut Angaben der UN, die offiziell mit der Dokumentation der MDGs betraut sind, wurde MDG 1, die Halbierung des Anteils der Bevölkerung, der unter extremer Armut und Hunger leidet, sehr früh erreicht. So konnte die Armut im Land von 58,1 Prozent im Jahr 1990 auf 14,5 Prozent im Jahr 2008 reduziert werden. Auch im Bereich der Gesundheitsförderung kann Vietnam eine positive Bilanz verzeichnen. Bereits 2006 hatte Vietnam MDG 4, die Verringerung der Kindersterblichkeit, erfüllt. Die Kindersterblichkeitsrate konnte von 44,4 pro 1.000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 16,0 im Jahr 2009 gesenkt werden. Ähnliches gilt für die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren. Diese Rate sank von 58,0 pro 1.000 Lebendgeburten im Jahr 1990 auf 24,4 im Jahr 2009. In den letzten beiden Dekaden wurde ebenfalls die Gesundheit von Müttern verbessert (MDG 5). Die Rate der Müttersterblichkeit nahm von 233 pro 100.000 Lebendgeburten (1990) auf 69 im Jahr 2009 ab. Auch für die Bekämpfung

von HIV/AIDS, Malaria und der Kontrolle von Epidemien wie SARS, H5N1 und H1N1 erhält Vietnam ein gutes Zeugnis⁵. Insgesamt ist die Lebenserwartung in Vietnam nach Angaben der UN – mit 77 Jahren für Frauen und 73 Jahren für Männer – vergleichsweise hoch, dies gilt insbesondere für ein Land, welches noch vor wenigen Jahrzehnten zu den Ärmsten der Welt zählte. Trotz dieser positiven Bilanz mit Hinblick auf die MDGs steht Vietnam nun als »middle income country« vor neuen Herausforderungen. Dazu zählt vor allem der Aufbau eines sozialen Sicherungssystems, um eine nachhaltige sozio-ökonomische Entwicklung zu gewährleisten.

Die kippende Alterspyramide – eine Herausforderung

Bei der Einführung eines solchen Systems stellen sich diverse Herausforderungen für Vietnam. Hier ist zum einen die kippende Alterspyramide zu nennen. Husa und Wohlschlägl² weisen darauf hin, dass die Altersgruppe der 60-Jährigen bald die der unter 15-Jährigen leicht überwiegen wird. Ein Grund für diese »kopflastige« Tendenz ist auch die abnehmende Geburtenrate. Als Folge der dynamischen Wirtschaftsentwicklung und veränderter Lebensstilpräferenzen ist die Geburtenrate in Vietnam in der letzten Dekade von 2,3 auf 2,0 Kinder pro Frau gesunken. In den Städten bekommen Frauen mittlerweile durchschnittlich sogar nur noch 1,8 Kinder¹, ein Wert unter dem Reproduktionsniveau. Diese Entwicklung wird zudem begleitet vom Wegfall herkömmlicher Sicherungssysteme. Traditionell bildet die Familie das Netz der sozialen Sicherung, das alte und kranke Menschen auffängt. So leben ältere Menschen in Vietnam meistens im Haushalt des Sohnes. Ihre Pflege und Versorgung wird dann in der Regel von der Schwiegertochter übernommen². Diese Form des Zusammenlebens

mehrerer Generationen unter einem Dach unterliegt jedoch einem Wandel. Insbesondere in den Metropolen Vietnams zeigt sich die Pluralisierung von Lebensstilen am deutlichsten. Hier finden sich immer mehr Haushalte, in denen nur noch die Kernfamilie zusammen wohnt. Auch im ländlichen Raum bricht das familiäre Sicherungsnetz immer weiter auf, da viele in die Städte abwandern, wo höhere Einkommen locken.

Vor diesem Hintergrund wird eine individuelle Alters- und Gesundheitsfürsorge auch in Vietnam immer wichtiger.



Hauptsache, nicht allein –
Gemeinsamer Zeitvertreib ist beliebt, bei Frauen ...

Foto: M. Waibel

Gesundheitsversorgung in Vietnam

Die staatliche Gesundheitsversorgung in Vietnam begann mit einer gebührenfreien Bereitstellung von Basisgesundheitsdiensten in der Zeit von 1954-1975. Im Kontext der sozialistischen Bruderschaft wurden auch das Kubanisch-Vietnamesische und das Deutsch-Vietnamesische Krankenhaus in Hanoi errichtet. Nach der Wiedervereinigung im Jahr 1975 stand Vietnam vor der Aufgabe, im Süden ein Versorgungsnetz auf lokaler Ebene aufzubauen. Dieses Vorhaben wurde jedoch durch die Emigration von Fachärzten und die Einstellung der

Entwicklungshilfe aus dem Ostblock erschwert. Die 1980er Jahre sahen einen drastischen Rückgang der staatlichen Ausgaben für Gesundheit. Die Verabschiedung umfassender ökonomischer Reformen im Rahmen von *Doi Moi* brachte eine Liberalisierung des Gesundheitssektors mit sich. Wichtige Reformen in diesem Bereich waren die Einführung von Nutzungsgebühren, der Verkauf von Medikamenten in öffentlichen Einrichtungen sowie die Legalisierung privater ärztlicher Betreuung⁴. 1992 führte die vietnamesische Regierung das erste Gesundheitsversicherungsprogramm ein. Das Programm setzt sich aus einer Pflichtversicherung und einer Freiwilligenversicherung zusammen. Anbieter der beiden Versiche-

runssysteme ist das Staatsunternehmen *Vietnam Social Security (VSS)*.

Die Pflichtversicherung besteht aus zwei Subsystemen. Beim ersten Subsystem werden an die Einkommenshöhe gekoppelte Abgaben abgeführt. Dieses System umfasst Staatsbedienstete und Angestellte des formellen Sektors. Zu letzteren zählten zu Beginn vor allem Arbeitnehmer aus staatlichen Betrieben. 1997 waren allerdings lediglich zwölf Prozent der Bevölkerung in diesem Programm versichert. Seit neuestem sind auch private Unternehmen verpflichtet, ihre Arbeitnehmer anzumelden. Familienmitglieder sind jedoch von der Versicherung ausgeschlossen. Die Mitglieder dieser Versicherung müssen drei Prozent ihres Bruttoeinkommens einbezahlen, wobei der Arbeitnehmer ein Prozent und der Arbeitgeber zwei Prozent trägt.

Das zweite Subsystem bildet eine Versicherung ohne Beitragspflicht ursprünglich für Kriegsveteranen, pensionierte Mitglieder der Regierung, Mitglieder des Parlaments, Kriegshelden und deren Mütter sowie Offizielle der Kommunistischen Partei, welche dann auf Kinder unter sechs Jahren ausgeweitet wurde. Seit dem Inkrafttreten der *Decision No. 139* im

Jahr 2003 werden auch besonders arme Bevölkerungsgruppen in diesem System gesetzlich versichert.

Decision No. 139 zielt auf Bürger ab, die in extra klassifizierten Kommunen leben sowie auf Angehörige ethnischer Minoritäten.

Für diese beiden Gruppen

muss die Provinzregierung aufkommen. Die Provinzen erhalten allerdings 100 Prozent Subventionen zur Zahlung der Versicherungsbeiträge von der Zentralregierung. Von den insgesamt 20 Millionen Menschen, die im Rahmen der *Decision No. 139* berechtigt sind, haben bisher jedoch fünf Millionen noch keinen Zugang zur Krankenversicherung⁴.

Die Freiwilligenversicherung richtet sich an Studierende und Familienmitglieder von Pflichtversicherten. Sie verfügt über zwei einheitliche Beitragssätze, einen für ländliche Regionen und einen etwas höheren für die Städte. Eine Gruppenregistrierung soll Risiken bündeln und zwischen gesunden Mitgliedern und solchen differenzieren, bei denen ein höherer

Pflegeaufwand wahrscheinlich ist. So konnten Bildungseinrichtungen Schüler und Studierende nur registrieren, wenn 30 Prozent von ihnen der Versicherung beitraten. 2007 verlagerte sich der Fokus von der Gruppen- auf die Haushaltsversicherung, die alle Mitglieder eines Haushalts einschließt^{6,4}.

Das Leistungspaket ist für fast alle Versicherten gleich. Es beinhaltet nahezu alle ambulanten und stationären Pflegeleistungen, die von staatlichen Einrichtungen bereitgestellt werden. Mittlerweile erfasst das Pflicht- und Freiwilligenversicherungssystem der Krankenversicherung zusammengekommen etwa 60 Prozent der vietnamesischen Bevölkerung (Interview mit M. Meissner). Jedoch ist Krankengeld nicht Bestandteil dieses System. Dieses ist Teil einer Sozialversicherung, welche auch Entgeltersatzleistungen wie Arbeitslosengeld und Rente erbringt. In diesem System sind jedoch derzeit nur ca. neun Millionen Erwerbstätige erfasst, das sind weniger als 20 Prozent aller Beschäftigten⁷.

Der Versicherer VSS kommt jedoch nur für ca. 13 Prozent der Gesamtausgaben für Gesundheit auf⁴. Somit wird ein großer Teil der anfallenden Kosten für medizinische Behandlungen immer noch aus eigener

Tasche bezahlt⁶. Daraus resultiert sicher auch die große Unzufriedenheit und Skepsis, mit der weite Teile der Bevölkerung der staatlichen Gesundheitsversorgung begegnen. Die mangelnde Akzeptanz der staatlichen Sozialversicherungssysteme zeigt sich auch daran, dass offenbar viele Arbeitgeber ihre

Arbeitnehmer offiziell nur mit dem Mindestlohn registrieren, um Sozialabgaben einzusparen. Dabei kommt es vermehrt zu informellen Absprachen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Auf dem Papier wird der staatlich geregelte Mindestlohn angegeben, de facto erhalten die Arbeiter aber höhere Lohnzahlungen. Arbeitnehmer lassen sich darauf ein, da sie für medizinische Behandlungen ohnehin eine »inoffizielle« Gebühr entrichten müssen.



... so wie bei Männern.

Foto: M. Waibel

Die fatalen Auswirkungen für das Gesundheitssystem

Diese Praxis hat fatale Auswirkungen für die staatlichen Steuereinnahmen sowie die Einzahlungen in das Gesundheitssystem. Bürger argumentieren, dass die Gesundheitsversorgung keine Fortschritte zeigen würde. Da sie ohnehin für jede erbrachte ärztliche Leistung selber zahlen müssen, sehen sie die Notwendigkeit der Beitragszahlung nicht ein. Sobald sie es sich leisten können, bevorzugen sie eine Behandlung in einer privaten Klinik. Die dortige Behandlung ist zwar deutlich teurer als in staatlichen Einrichtungen, dafür sind aber auch die Standards höher und die Betreuungsleistungen besser. Die boomartige Entwicklung privater Krankenhäuser in Vietnams Metropolen kann somit einerseits als ein positives Zeichen der Entwicklung einer zunehmend kaufkräftigen Mittelschicht gesehen werden, steht aber andererseits auch für strukturelle Defizite der staatlichen Gesundheitsinfrastruktur. Es droht eine Zweiklassengesellschaft im Gesundheitsbereich, in der die Armen auf die unzureichende staatliche Versorgung zurückgreifen müssen, während die Wohlhabenden Zahlungen in das öffentliche System zu vermeiden (und es dadurch schwächen), weil sie ohnehin höherwertige Gesundheitsdienstleistungen im privaten Sektor einkaufen.

Das Spannungsfeld zwischen Staat und Markt stellt das Dilemma dar, in dem sich derzeit das vietnamesische Gesundheitssystem befindet. Für den Aufbau eines öffentlichen Systems der sozialen Sicherung bedarf es eines entsprechenden Haushalts. In Deutschland finanziert sich dieser aus den Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber und funktioniert

chen Gesundheitsversorgung zu verbessern. Um diesem Dilemma zu entkommen, erscheint ein neues Zusammenspiel zwischen den relevanten Akteuren notwendig. Neben dem Staat müssen auch Unternehmen Verantwortung für die soziale Sicherung übernehmen, zum Beispiel indem sie die real anfallenden Lohnnebenkosten zahlen und damit den realen Arbeitgeberanteil in die Sozialversicherung einzahlen. Die Verantwortung der Arbeitnehmer hingegen ist es, selbst dafür Sorge zu tragen, dass die Sozialbeiträge adäquat entrichtet werden, um ein besseres Gesundheitssystem aufzubauen. Aber auch dem Personal in staatlichen Gesundheitseinrichtungen kommt eine Verantwortung zu. Sie sind zurecht unzufrieden mit den vergleichsweise niedrigen Löhnen, die sie erhalten, aber sollten es auf Dauer nicht als selbstverständlich erachten, dass sie nur Leistungen erbringen, wenn die Patienten über den staatlich festgelegten Rahmen hinaus Extrazahlungen leisten.

Insgesamt zeigt sich die Dringlichkeit, das Anliegen der sozialen Sicherung in Vietnam verstärkt auf die politische Agenda zu setzen. Dies hat auch die vietnamesische Regierung erkannt. So untersucht beispielsweise ein beim Arbeits- und Sozialministerium (MOLISA) angesiedeltes Projekt, wie Systeme der sozialen Sicherung in der informellen Wirtschaft verankert werden könnten. Auch die regierungsnah vietnamesische Akademie für Sozialwissenschaften (VASS) erforscht die Übertragbarkeit unterschiedlicher Modelle der sozialen Sicherung auf die vietnamesische Situation. Dazu fand im Sommer 2011 eine Informationsreise von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der VASS nach Deutschland statt. Darüber hinaus messen internationale Geber dem Problem der sozialen Sicherung in Vietnam eine zunehmende Bedeutung bei. Immer mehr Geber haben etwa bereits erkannt, dass es notwendig ist, Sozialpolitiken nicht nur konzeptionell, sondern auch im Rahmen der Implementierung zu begleiten⁷. Es hat allerdings den Anschein, dass hier die so genannte *donor harmonization* auf der Strecke bleibt und stattdessen unterschiedliche Geber eher konkurrierende Modelle vorschlagen. Unklar sind bisher die Einflussmöglichkeiten ausländischer Unternehmen, die in Vietnam investieren oder auch einkaufen. Sie sollten dieses Thema als Bestandteil ihrer Nachhaltigkeitpolitik und als Aufgabe ihrer sozialen Verantwortung verstehen.



Glück hat, wer im Alter für sich selbst sorgen kann.

Foto: M. Waibel

weitgehend nach dem Solidaritätsprinzip. So lange jedoch bei Arbeitnehmern und Unternehmen in Vietnam keine Akzeptanz für die Beitragszahlung herrscht, ist es schwierig, ein Netz der sozialen Sicherung zu etablieren und damit die Qualität der staatli-

Literatur

- 1) GSO, General Statistics Office, 2010, *Vietnam Statistical Yearbook 2010*.
- 2) Husa, Karl und Helmut Wohlschlägl, 2008, »Demographischer Wandel, Dynamik des Alterungsprozesses und Lebenssituationen älterer Menschen in Südostasien«, in: Husa, Karl; Jordan, Rolf und Helmut Wohlschlägl, Hrsg., *Ost- und Südostasien zwischen Wohlfahrtsstaat und Eigeninitiative*. Wien: Institut für Geographie und Regionalforschung, 139-164.

- 3) Kurfürst, Sandra, 2010, »Die Krise des kleinen Drachens – Vietnams Arbeiter gehen auf die Straße«, *Südostasien*, 2, 7–9.
- 4) Lieberman, Samuel and Adam Wagstaff, 2009, *Health Financing and Delivery in Vietnam. Looking Forward*. The World Bank.
- 5) UN Vietnam, 2010, *Vietnam and the MDGs*. Available from: <http://www.un.org.vn/en/what-we-do-mainmenu-203/mdgs-mainmenu-52/viet-nam-and-mdgs-mainmenu-49.html>.
- 6) World Bank, 2007, *Vietnam Development Report 2008: Social Protection*. Hanoi. Available from: <http://www.scribd.com/doc/21985717/Social-Protection-VN-Development-Report-2008>.
- 7) Interview mit M. Meissner, CIM-Experte am ILLSA, MoLISA, Hanoi, 13.09.2011