

Sozialversicherung in Thailand

Während südostasiatische Länder wie Birma und die Philippinen schon seit längerer Zeit ein Sozialversicherungsgesetz haben, wurde in Thailand erst 1990 ein Sozialversicherungsgesetz verabschiedet. Dieser Artikel faßt die Entstehung der Sozialversicherung zusammen und untersucht den Stand der Umsetzung.¹

Eine unendliche (Vor-) Geschichte

An Versuchen zur Einführung der Sozialversicherung hat es in Thailand nicht gefehlt. Schon 1932 schlug Revolutionsführer Pridi nach dem Sturz der absoluten Monarchie im Rahmen seiner "New Economic Policy" ein Sozialversicherungsgesetz vor. 1954 war sogar schon ein Sozialversicherungsgesetz verabschiedet worden, das aber nie umgesetzt wurde. Auch in den folgenden Jahren scheiterte das Sozialversicherungsgesetz am fehlenden politischen Willen des Kabinetts. Um den Eindruck zu vermeiden, die Regierung sei *prinzipiell* gegen die Sozialversicherung, wurde eine Verzögerungstaktik eingesetzt, die dazu führte, daß die Gesetzesentwürfe zwischen dem Kabinett und diversen Ausschüssen hin- und hergereicht wurden. Allein zwischen 1981 und 1986 hat sich das Kabinett fünfmal mit Gesetzesentwürfen zur Sozialversicherung befaßt, ohne daß es zu einer definitiven Beschlußfassung gekommen wäre. Lediglich ein Kompensationsfonds für Unfälle am Arbeitsplatz wurde 1973 eingerichtet und stufenweise erweitert.

1988 wurde Chatichai Premierminister. Er versprach den Gewerkschaften die zügige Einführung einer Sozialversicherung. Ein gegenüber der ursprünglichen Regierungsvorlage erheblich erweiterter Entwurf wurde schließlich im Juli 1990 vom Parlament einstimmig mit 330:0 Stimmen gegen das Veto des Senats verabschiedet (siehe Südostasien Informationen 3/1990). In der letzten Phase hatte sich der Konflikt um das Sozialversicherungsgesetz immer mehr mit dem Machtkampf zwischen ziviler Regierung und Militär vermischt; Suchinda Kraprayoon, damals Oberkommandierender des Heeres, hatte sogar gedroht, die Vorlage werde "Schwierigkeiten für die Regierung" bringen, wenn sie verabschiedet werde (Bangkok Post 12.7.1990). Gerade der Konflikt mit dem Militär war aber ein Grund für die Chatichai-Regierung, die Unterstützung anderer Gruppen zu suchen und durch sozialpolitische Maßnahmen ihre eigene Legitimation zu erhöhen. Andere Gründe dafür, daß das Sozialversicherungsgesetz

nach jahrzehntelangen vergeblichen Versuchen durchgesetzt werden konnte, waren die relativ gute Zusammenarbeit zwischen den ansonsten miteinander konkurrierenden Gewerkschaftsverbänden, die effiziente Einbindung von NGOs und StudentInnenbewegung in die Kampagne für Sozialversicherung und die überwiegend positive Berichterstattung der Presse.

Umsetzung trotz Militärputsch

Kurz vor dem geplanten Beginn der Beitragserhebung im März 1991 fand am 23.2.1991 der Militärputsch gegen Chatichai statt. In der Folge wurden Gewerkschaften in Staatsbetrieben verboten und das Streikrecht in Privatunternehmen eingeschränkt. Auch das Sozialversicherungsgesetz schien in Gefahr, zumal die Vorbereitungen noch längst nicht abgeschlossen waren und die neue Regierung somit eine gute Begründung für einen Aufschub gehabt hätte. Doch Innenminister General Issarapong erklärte am 11.3.1991, die Einführung der Sozialversicherung werde wie geplant fortgesetzt. Charakteristisch für die Strategie der Putsch-Regierung, die neuen Sozialleistungen bei gleichzeitiger Beschneidung der Arbeitnehmerrechte einzuführen, war die Aussage von Vize-Innenminister Charoenchit na Songkhla, er wolle, daß "die Sozialleistungen so gut wie möglich organisiert werden, um die Rolle der Gewerkschaften zu verringern" (Matichon 16.8.1991).

Wie im Gesetz vorgesehen, wurden von den insgesamt sieben Leistungen zunächst vier eingeführt (siehe Tabelle), und zwar in Betrieben mit mehr als 20 ArbeitnehmerInnen. Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Regierung zahlen dafür je 1,5 % des Lohns als Sozialversicherungsbeitrag, ab 1996 sind je 4,5 % und nach dem Inkrafttreten der Arbeitslosenversicherung je 9,5 % vorgesehen.

Schon im April 1991 waren 2.154.669 Personen versichert. In den darauf folgenden Monaten ist die Zahl der Versicherten nochmals stark gestiegen. Dies deutet darauf hin, daß die Registrierung der ArbeitnehmerInnen auch im April 1991 noch nicht abgeschlossen war, ob-

wohl schon ab März 1991 Beiträge eingezogen wurden. Erst ab Mitte April 1991 hatte die Sozialversicherungsbehörde eigene Computer zur Verfügung. Während das Department of Labour ursprünglich nur mit etwa 1.800.000 Versicherten gerechnet hatte, sind gegenwärtig 3.060.000 Personen sozialversichert.

Die meisten organisatorischen Probleme bei der Einführung bereitete die Krankenversicherung, deren Leistungen 1991 über 97 Prozent der gesamten Leistungen der Sozialversicherung ausmachten. Außer in Notfällen durften die Versicherten im Regelfall nur jeweils ein Krankenhaus besuchen, das vom Arbeitgeber für alle Beschäftigten eines Betriebes aus den an der Sozialversicherung teilnehmenden Krankenhäusern ausgewählt wurde². Diese wenig patientenfreundliche Lösung wurde gewählt, um den Verwaltungsaufwand zu begrenzen. Besonders problematisch ist diese Regelung für Personen, die häufig an verschiedenen Orten arbeiten müssen (VerkäuferInnen, BauarbeiterInnen). Wegen der kurzen Vorbereitungszeit und der mangelnden Öffentlichkeitsarbeit fehlte es sowohl bei den Versicherten als auch beim Krankenhauspersonal an Detailwissen über die neue Sozialversicherung. Daraus resultierten viele Mißverständnisse, so daß auch Notfälle nach Vorlage des Sozialversicherungsausweises abgelehnt und an "ihr" Krankenhaus verwiesen wurden. In einem Fall führte dies sogar zum Tod eines Zeitungs-Angestellten, worauf alle 700 Arbeitnehmer dieses Unternehmens in einer Protestaktion ihre Sozialversicherungsausweise zurückgaben.

Aufgrund der zahlreichen Probleme wurde die Sozialversicherung in den ersten Monaten relativ selten in Anspruch genommen. Das hatte den - wenn auch auf zweifelhafte Weise erkaufen - Vorteil, daß der Sozialversicherungsfonds nicht zusammenbrach, obwohl die Regierung ihre Beiträge bisher zum großen Teil schuldig geblieben ist. Für 1991 standen Leistungen in Höhe von 0,9 Mrd. Baht Beitragszahlungen in Höhe von 3,1 Mrd. Baht gegenüber, so daß sich Ende 1991 über 2 Mrd. Baht im Sozialversicherungsfonds befanden.

Wem nützt die Sozialversicherung?

In der Literatur über Sozialversicherung in der sogenannten Dritten Welt ist häufig kritisiert worden, daß eine Umverteilung von unten nach oben stattfindet, wenn aus Steuermitteln Versicherungssysteme subventioniert werden, die nur einer kleinen Minderheit von Lohnempfängern im formellen Sektor zugute kommen. Auch in Thailand arbeiten die meisten Menschen trotz fort-

schreitender Industrialisierung in der Landwirtschaft; über indirekte Steuern, z.B. die kürzlich eingeführte Mehrwertsteuer, trägt dieser Teil der Bevölkerung zum staatlichen Steueraufkommen bei, ohne selbst von den Leistungen der Sozialversicherung zu profitieren.

Um zu einer fairen Beurteilung der Verteilungseffekte der Sozialversicherung zu kommen, müssen jedoch auch andere sozialpolitische Maßnahmen in Thailand berücksichtigt werden, die schon vor der Sozialversicherung eingeführt worden war und durch die andere Bevölkerungsgruppen abgesichert werden.

Neben den Sozialversicherten genießen, wie in anderen Ländern auch, Beamte und ihre Familien (4,1 Millionen Personen) sowie Arbeitnehmer in Staatsbetrieben und ihre Familien (800.000 Personen) gute Sozialleistungen. Aber auch für einkommensschwache Bevölkerungsschichten existieren in begrenztem Umfang staatliche Sozialleistungen. Im Gesundheitsbereich ist vor allem das 1975 gestartete staatliche Programm zur kostenlosen Gesundheitsversorgung für Arme zu nennen, das Personen in Haushalten mit weniger als 2.000 Baht Monatseinkommen (bzw. 1.500 Baht bei Unverheirateten) schützen soll. Dies betraf 1991 10,6 Millionen Menschen. Die Regierung finanziert dieses Programm mit etwa 2 Mrd. Baht pro Jahr. Problematisch ist allerdings, daß die Anspruchsberechtigten zunächst stets die lokalen Gesundheitszentren anlaufen müssen und nicht ohne ärztliche Überweisung die leistungsfähigeren größeren Krankenhäuser in den Provinzhauptstädten aufsuchen dürfen.

Darüber hinaus gibt es ein Programm zur kostenlosen Gesundheitsversorgung für alte Menschen (über 60 Jahre), von dem theoretisch 3,3 Millionen Menschen geschützt werden sollten. Die Umsetzung dieses Programms ist bislang allerdings nicht zufriedenstellend.

Ein weiteres Projekt zur Gesundheitsversorgung ist das "Health Card Project", eine überwiegend im ländlichen Raum angebotene freiwillige Krankenversicherung. Für 100, 200 oder 300 Baht können für ein Jahr gültige Gesundheitskarten erworben werden. Die 2,7 Millionen Versicherten kommen mehrheitlich aus ländlichen Haushalten mittleren Einkommens.

Die Mehrheit der städtischen ArbeitnehmerInnen wird von keinem dieser staatlichen Programme geschützt, da die meisten jünger als 60 Jahre sind und das Haushaltseinkommen auch schlecht bezahlter Arbeiter in der Regel deutlich

über 2.000 Baht pro Monat liegt. Die Lebenshaltungskosten sind jedoch in den Städten wesentlich höher als in ländlichen Gebieten (Nahrungsmittel, Miete), so daß viele Arbeiter sich im Krankheitsfall eine kostspielige medizinische Behandlung nicht leisten können. Wenn man die staatlichen Programme für andere Bevölkerungsgruppen berücksichtigt, relativiert sich also der Vorwurf der Umverteilung von unten nach oben zugunsten der Sozialversicherten.

Außerdem muß berücksichtigt werden, daß ein Teil der Industriearbeiterschaft nur in jungem Alter den Arbeitsanforderungen gewachsen ist und später auf andere Tätigkeiten z.B. im informellen

faßt fast ausschließlich städtische Arbeitnehmer. Etwa 75 % der Versicherten arbeiten im Großraum Bangkok. Das durchschnittliche Einkommen der Versicherten liegt bei über 4.500 Baht monatlich und damit bei weitem über dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Die Gruppe der Versicherten ist jedoch in sich sehr heterogen und umfaßt die neu entstehende Mittelklasse ebenso wie IndustriearbeiterInnen, die weniger als den Mindestlohn von 115 Baht täglich (bei 6-Tage-Woche sind das 2990 Baht im Monat) verdienen³. Neben der Umverteilung zwischen Versicherten und Nicht-Versicherten muß also auch die Umverteilung *innerhalb* der Gruppe der Versicherten betrachtet werden.

Da die Beitragshöhe als Prozentsatz des Einkommens berechnet wird, steigt die Beitragshöhe mit dem Einkommen⁴. Auf der Leistungsseite ist dagegen nur die Höhe der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, bei Invalidität oder bei Entbindung vom Einkommen abhängig (50 Prozent des Gehalts), während die anderen Leistungen (medizinische Behandlung, Entbindungsgeld, Bestattungsgeld im Todesfall) einkommensunabhängig sind. Innerhalb der Gruppe der Versicherten findet also insgesamt eine Umverteilung zugunsten der Einkommensschwächeren statt.

Begrenzt wird diese Einkommensverteilung von oben nach unten durch die Beitragsermäßigung für Arbeitnehmer, die in Teilbereichen schon vor der Einführung der Sozialversicherung bessere betriebliche Sozialleistungen hatten. Die Betriebe mit überdurchschnittlichen betrieblichen Sozialleistungen zahlen meist auch überdurchschnittliche Löhne, so daß dem Sozialversicherungsfonds durch die Beitragsermäßigungen mehr Geld an Beiträgen verloren geht, als andererseits an Leistungen eingespart wird. Allerdings hätte die Sozialversicherung wohl ohne diese Befreiungen mit noch mehr Akzeptanzproblemen zu kämpfen, als

dies ohnehin der Fall ist. Dies gilt insbesondere, solange die Versicherten keine Möglichkeit haben, im Rahmen der Sozialversicherung das von ihnen bevorzugte Krankenhaus zu wählen. Während besser verdienende Arbeitnehmer meist private Krankenhäuser bevorzugen, die besseren Service als staatliche Krankenhäuser bieten, sind die meisten der gegenwärtig am Sozialversicherungsplan beteiligten Krankenhäuser staatlich.

Zudem wird in Thailand das kosten- und verwaltungsaufwandsparende, von den meisten Patienten jedoch negativ bewertete "capitation"-System verwendet, d.h. die Sozialversicherungsbehörde zahlt an die Krankenhäuser für jeden bei



"Wissen über die Sozialversicherung für Arbeitnehmer" - Broschürenumschlag

Sektor ausweichen muß. Ein gutes Beispiel ist die Textilindustrie, wo kaum Arbeitskräfte von über 40 Jahren an den Maschinen stehen. Oftmals werden die Arbeiterinnen bei einem gesundheitsbedingten Absinken ihrer Leistungsfähigkeit einfach entlassen. Der Schritt aus der Fabrikarbeit in den informellen Sektor wird zwar bei größeren Fabriken häufig durch eine einmal gezahlte Abfindung erleichtert, dies ändert aber nichts daran, daß der anscheinend "privilegierte" Status im formellen Sektor häufig kein ganzes Leben lang vorhält. Nur einige werden in körperlich weniger belastende Verwaltungstätigkeiten übernommen. Die Gruppe der Sozialversicherten um-

ihnen registrierten Versicherten einen Pauschalbeitrag von 700 Baht pro Jahr. Im Gegensatz zur "fee for service"-Methode, bei der die Krankenhäuser die tatsächlich geleisteten Behandlungen erstattet bekommen, führt dies dazu, daß die Krankenhäuser bestrebt sind, ihre Ressourcen so sparsam wie möglich einzusetzen. Viele Sozialversicherungspatienten meinen deshalb, schlechter als "normal" zahlende Patienten behandelt zu werden.

Zur Zeit profitieren innerhalb der Gruppe der Versicherten vor allem die Niedrigverdienenden, die nicht zu einer selbständigen Finanzierung ihrer medizinischen Versorgung in der Lage waren. Die besserverdienenden Arbeitnehmer werden dagegen die medizinische Versorgung durch die Sozialversicherung wohl erst dann voll in Anspruch nehmen, wenn die Freiheit zum Besuch eines Krankenhauses ihrer Wahl besteht⁵. Die Einführung einer Rentenversicherung (geplant ab 1996) wäre aber auch für diesen Teil der Versicherten eine eindeutige Verbesserung ihrer sozialen Absicherung.

Wenn die Sozialversicherung wie vorgesehen ab 1993 auf Betriebe mit 10 bis 20 Arbeitnehmern ausgeweitet wird, wäre damit ein großer Teil der bisher nicht gesicherten ArbeitnehmerInnen erfaßt. Die Zahl der Versicherten würde

sich damit um etwa 1,5 Millionen auf 4,5 Millionen erhöhen. Ferner ist die Einführung der freiwilligen Sozialversicherung für alle nicht zwangsweise versicherten Bevölkerungsgruppen ab 1994 vorgesehen, was die Zahl der Versicherten um voraussichtlich weitere 2 bis 3 Millionen erhöht. Die Sozialversicherung ist zwar kaum geeignet, dem ärmsten Teil der Bevölkerung zu helfen, kann aber durchaus die soziale Sicherheit für eine bislang von instabilen Arbeitsverhältnissen betroffene Arbeiterschaft vergrößern. Wie erfolgreich der weitere Ausbau sein wird, hängt natürlich auch davon ab, welche Priorität die neue Regierung der Sozialversicherung einräumt.

Gerhard Reinecke

Der Verfasser studiert Politische Wissenschaft und Thailändisch an der Universität Hamburg und schreibt zur Zeit eine Diplomarbeit über Thailands Sozialversicherung.

Anmerkungen:

- 1) Der Artikel beruht auf einem ASA-Projekt über die Sozialversicherung, das Panida Quak, Dorothea Seckler und der Verfasser von Ende Dezember 1991 bis April 1992 im Großraum Bangkok durchgeführt haben. Im Rahmen des Projekts fanden Gespräche mit GewerkschafterInnen, Arbeitgebervertretern, BeamtInnen der Sozialversicherungsbehörde, ILO-Mitar-

- beiterInnen und WissenschaftlerInnen statt. – Auf Quellenangaben wurde in diesem Artikel weitgehend verzichtet (siehe dazu die demnächst in der Infostelle vorliegende Diplomarbeit des Verfassers).
- 2) 1991 waren 118 staatliche und 18 private Krankenhäuser als Sozialversicherungskrankenhäuser registriert (1992: 118 staatl., 27 priv.). Daneben können Sozialversicherungskrankenhäuser von sich aus Verträge mit "subcontractors" abschließen, was den Versicherten die Benutzung mehrerer Krankenhäuser ermöglicht. 1991 waren insgesamt 600 (1992: 676) "subcontractors" registriert, die aber zum Teil nur ambulante Behandlung anbieten.
- 3) Obwohl die für die Sozialversicherung vorgeschriebene Registrierung der einzelnen ArbeitnehmerInnen wahrscheinlich einen positiven Nebeneffekt auf die Einhaltung der Mindestlohnbestimmungen (und langfristig auch anderer Arbeitsschutzbestimmungen) hat, gibt es auch unter den Versicherten zahlreiche ArbeitnehmerInnen, die weniger als den Mindestlohn erhalten. Um den Verstoß gegen die Bestimmungen nicht aktenkundig zu machen, verteilen einige Arbeitgeber den gezahlten Lohn auf dem Papier so zwischen den Arbeitnehmern, als ob alle zumindest den Mindestlohn bekommen.
- 4) Allerdings gibt es eine Beitragsbemessungsgrenze von 15.000 Baht monatlich, so daß die Bestverdienenden prozentual geringere Beiträge als die anderen entrichten.
- 5) In Nonthaburi findet zur Zeit ein Modellversuch statt, der die freie Wahl des Krankenhauses durch die Versicherten beinhaltet. Für die Zukunft ist eine Übertragung auf ganz Thailand vorstellbar.

Leistungen nach dem Sozialversicherungsgesetz von 1990

Art der Versicherungsleistung	Beitragszahlungen ab	Leistungen ab	Umfang der Leistungen
Krankheit/Unfall außerhalb der Arbeit	März 1991	Sept. 1991	Medizinische Behandlung nach Bestimmungen des Medizinischen Komitees; Kompensation für Einkommensverlust in Höhe von 50 % des Gehaltes, jedoch nicht länger als 90 Tage pro Krankheit oder 180 Tage pro Jahr
Mutterschaft	März 1991	Sept. 1991	Entbindungspauschale nach Bestimmungen des Medizinischen Komitees (1992: 2500 Baht) für Versicherte(n oder dessen Ehefrau); Kompensation für Einkommensverlust (nur Versicherte[n]) in Höhe von 50 % des Gehaltes für 60 Tage (Leistungen nur für maximal zwei Entbindungen)
Invalidität außerhalb der Arbeit	März 1991	Juni 1991	Medizinische Behandlung nach Bestimmungen des Medizinischen Komitees; Kompensation für Einkommensverlust in Höhe von 50 % des Gehaltes, jedoch nicht länger als 15 Jahre
Tod außerhalb der Arbeit	März 1991	April 1991	Pauschale für Bestattungskosten in Höhe von 100 Tagessätzen des festgelegten Mindestlohns (1992: 100 * 115 = 11.500 Baht)
Kindergeld	Sept. 1996	Sept. 1997	Leistungen nach ministeriellem Erlaß (noch nicht festgelegt) für nicht mehr als zwei Kinder
Rente	Sept. 1996	Sept. 2011	Rente in Abhängigkeit von eingezahlten Beiträgen nach ministeriellem Erlaß (noch nicht festgelegt)
Arbeitslosigkeit	nach königlichem Erlaß	6 Monate nach Beitragszahlung	Arbeitslosengeld nach acht Tagen Arbeitslosigkeit nach den Bestimmungen des ministeriellen Erlasses (noch nicht festgelegt)

Quelle: Social Security Act B.E. 2533 (1990)