

NIEMIECKA SPOŁECZNA GOSPODARKA RYNKOWA W OKRESIE PRZEMIAN

Wiktor Rutkowski
Uniwersytet Warszawski

WPROWADZENIE

Powojenny sukces gospodarczy RFN, osiągnięty w warunkach wysokiego poziomu płac, rozwiniętego systemu zabezpieczenia społecznego i szerokiego zakresu partycypacji pracowniczej, stanowi o atrak-

cyjności niemieckiego modelu społecznej gospodarki rynkowej.

Współcześnie, w związku z niekorzystnymi tendencjami w gospodarce, niemiecki model społeczno-gospodarczy stoi jednak przed poważnymi wyzwaniami. Celem tego artykułu jest charakterystyka podejmo-

wanych w ostatnim okresie prób adaptacji systemu zabezpieczenia społecznego w Niemczech w obliczu wyzwań gospodarczych.

SYTUACJA GOSPODARCZA

Niemcy należą do światowych potęg gospodarczych. Pod względem wielkości produktu krajowego brutto zajmowały w 2004 r. piąte miejsce na świecie (4,26% produktu światowego brutto), ustępując jedynie Stanom Zjednoczonym, Chinom, Japonii i Indiom. W Unii Europejskiej Niemcy są krajem najsilniejszym gospodarczo. O konkurencyjności gospodarki świadczy osiągnięcie w 2004 r. największej wśród krajów OECD nadwyżki w bilansie handlowym (193,6 mld dolarów).

Jednak już od lat 70. ubiegłego wieku w gospodarce RFN pojawiły się niekorzystne tendencje, które uległy pogłębieniu po zjednoczeniu Niemiec. Początkowym ich objawem było słabnięcie dynamiki wzrostu gospodarczego, a następnie również pogorszenie sy-

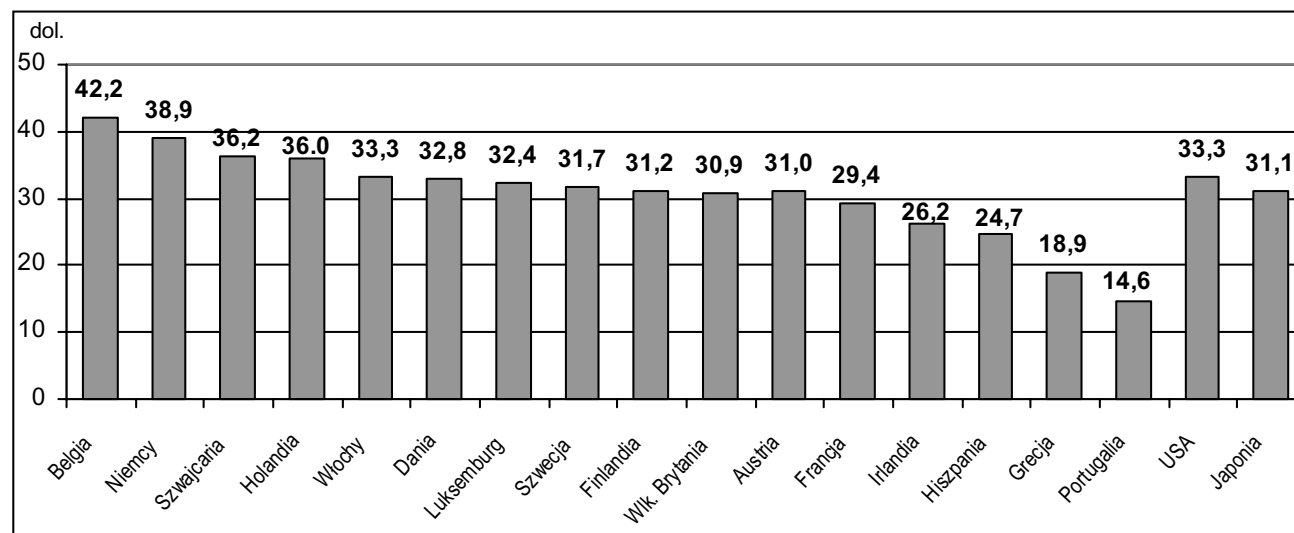
tuacji finansów publicznych i sytuacji na rynku pracy. Przeciętne roczne tempo wzrostu spadło z 2,8% w latach 70., do 2,3% w latach 80. i 1,7% w latach 90. (1,5% w okresie 1994–2004).

Spadkowa tendencja tempa wzrostu gospodarczego nie była czymś wyjątkowym na tle innych krajów rozwiniętych gospodarczo. Jest jednak faktem, że w całym tym okresie, a zwłaszcza po 1990 r., Niemcy należały do najwolniej rozwijających się krajów Unii Europejskiej. O ile w 1961 r. wielkość PKB na mieszkańca w RFN przewyższała o 21% przeciętną dla 15 krajów UE, to w 2001 r. przewaga ta zmalała do 3%.

W latach 90. wyraźnie pogorszyła się sytuacja finansów publicznych. Wielkość deficytu budżetowego i długu publicznego jest większa niż ich przeciętny poziom w Unii Europejskiej i od kilku lat przewyższa pułapy uzgodnione w Traktacie z Maastricht.

Od lat 90. utrzymuje się w Niemczech wysoka stopa bezrobocia. W 2004 r. wśród 15 krajów Unii Europejskiej wyższą niż Niemcy stopę bezrobocia (9,5%) miały jedynie Hiszpania i Grecja, zbliżoną zaś Francja.

Wykres 1. Stopa wzrostu PKB, stopa bezrobocia i wynik finansów publicznych (w % PKB) w Niemczech w latach 1990–2004



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD.

Wśród przyczyn niekorzystnych tendencji w gospodarce Niemiec zgodnie wskazuje się na wpływ ogromnych kosztów zjednoczenia tego kraju¹. Ludność wschodniej części Niemiec została w pełni i w krótkim czasie objęta zachodnioniemieckim systemem zabezpieczenia społecznego. Znacznie podniósł się poziom płac oraz dochodów transferowych osób niepracujących, zaś prywatyzowane i nowe przedsiębiorstwa otrzymały dużą finansową pomoc, której celem była ochrona przed skutkami niedostatecznej konkurencyjności.

Ze względu na to, że we wschodnich landach Niemiec produktywność utrzymuje się na niższym, natomiast jednostkowe koszty pracy i bezrobocie na wyższym poziomie niż w zachodniej części kraju (w 2003 r. stopa bezrobocia wynosiła odpowiednio 18,5% i 8,4%), taka polityka wymagała ogromnych transferów z budżetu federalnego i budżetów „starych” landów. W latach 90. przeciętne roczne transfery z Niemiec Zachodnich do nowych landów wyniosły 4,5% PKB całych Niemiec (OECD 2001, s. 108).

Jeden z zasadniczych nurtów dyskusji w Niemczech dotyczy wpływu, jaki na niekorzystne tendencje w go-

spodarce wywiera model społeczno-gospodarczy tego kraju, określane mianem społecznej gospodarki rynkowej, którego istotnym elementem jest bardzo rozwinięty i kosztowny system zabezpieczenia społecznego.

W 2001 r. publiczne wydatki na cele społeczne stanowiły 27,4% PKB. Wśród krajów należących do OECD Niemcy zajmowały pod tym względem czwarte miejsce, ustępując jedynie Danii, Szwecji i Francji. Budżet socjalny, czyli całkowite – publiczne i prywatne – wydatki socjalne, wyniósł w Niemczech w latach 2000 i 2001 odpowiednio 33,6% PKB i 33,8% PKB.

Wysokie są pozapłacowe koszty pracy. W latach 1950–1980 łączna składka ubezpieczeniowa zwiększyła się z 20% do 32,4% zarobków brutto. Tendencja do wzrostu wysokości składek utrzymywała się także w późniejszym okresie. Od końca lat 90. łączna składka utrzymuje się na poziomie około 42% dochodu brutto. W 2005 r. składka wynosiła 41,7% i obejmowała:

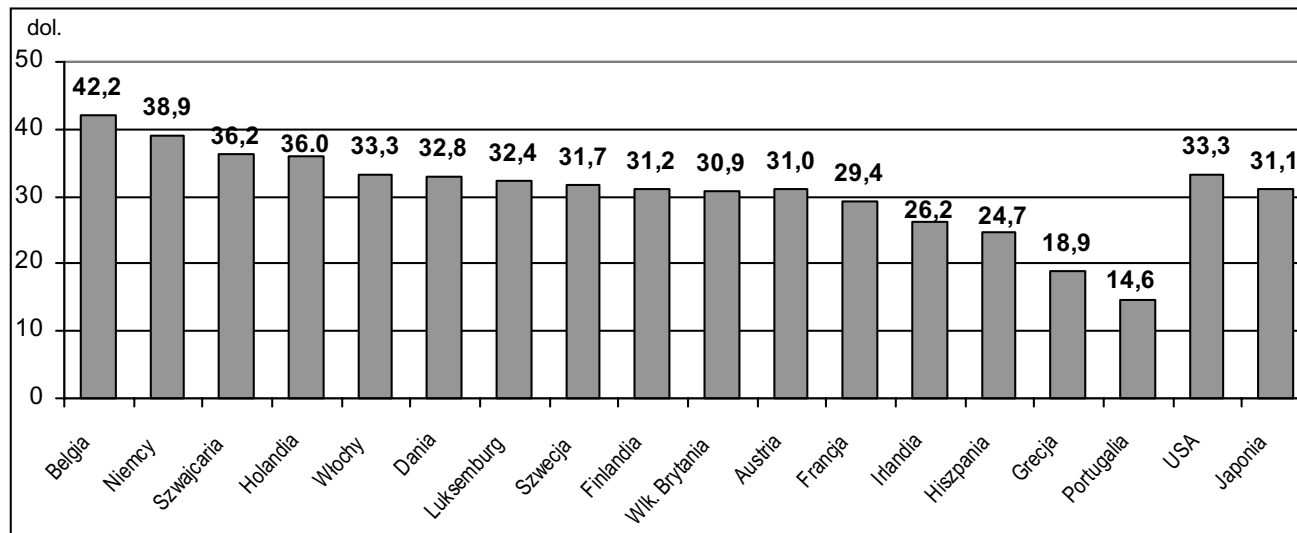
- ubezpieczenie emerytalno-rentowe – 19,5%,
- ubezpieczenie zdrowotne – 14,0% (przeciętnie),
- ubezpieczenie pielęgnacyjne – 1,7%,
- ubezpieczenie od bezrobocia – 6,5%.

Wysokie koszty pozapłacowe wpływają na to, że koszty pracy w Niemczech należą do najwyższych na świecie (por. wykres 2). Rynek pracy nie jest w związku z tym wystarczająco dynamiczny. Przeciętny czas pozostawiania bezrobotnych poza pracą jest w Niemczech dłuższy niż w wielu innych krajach. W 2004 r. udział długookresowo bezrobotnych w ogólnej liczbie bezrobotnych wynosił

51,5%, podczas gdy, na przykład, w Szwecji 18,9%, w Stanach Zjednoczonych zaś 12,7%. Koszty systemu świadczeń dla bezrobotnych z ubezpieczenia społecznego i z pomocy społecznej są w związku z tym wysokie.

Trzeba także dodać, że relatywnie krótki jest tygodniowy czas pracy oraz stosunkowo wczesny rzeczywisty wiek przejścia na emeryturę.

Wykres 2. Przeciętne koszty godziny pracy w sferze produkcji w 2000 r. (USD, wg parytetu siły nabywczej)



Źródło: Statistical Abstract of the United States 2002, s. 839.

Należy jednak podkreślić, że mimo słabszych wyników w ostatnich kilkunastu latach, pozycja gospodarcza Niemiec nie została poważnie zagrożona. Wskazuje na to m.in. wysoka ósma pozycja na świecie w rankingu globalnej zdolności konkurencyjnej Światowego Forum Gospodarczego, uwzględniającym szerokie spectrum czynników determinujących długookresową konkurencyjność i wzrost gospodarczy (*The Global...* strony www).

ZMIANY W SFERZE SOCJALNEJ

W związku ze słabnięciem dynamiki wzrostu gospodarczego i pogarszaniem się sytuacji finansów publicznych w Niemczech – podobnie jak w innych rozwiniętych krajach – już w latach 70. zaczęto wprowadzać pewne zmiany adaptacyjne w systemie zabezpieczenia społecznego, zwłaszcza w dziedzinie ochrony zdrowia i ubezpieczeń emerytalnych.

W przypadku opieki zdrowotnej ograniczenie kosztów było celem reformy z 1977 r. Następnie w latach 80. wprowadzono opłaty pacjentów za leczenie szpitalne, podniesiono opłaty za leki oraz rozszerzono na emerytów obowiązek opłacania składki ubezpieczenia zdrowotnego. W 1993 r. uchwalono ustawę o strukturalnej reformie ochrony zdrowia, której postanowienia dotyczyły między innymi:

- ograniczenia wydatków na wynagrodzenia lekarzy, wydatków szpitali i na leki;
- wprowadzenia nowego systemu finansowania szpitali, opartego na metodzie jednorodnych grup diagnostycznych (DRG);
- wolnego wyboru kasy chorych, przy jednoczesnym wyrównaniu ryzyk między kasami w celu zmniejszenia różnicowania składek ubezpieczeniowych.

W rezultacie tych zmian nastąpił m.in. drastyczny spadek liczby kas chorych z około 1000 w 1993 r.

do 292 na początku 2004 r. Mimo pewnego spowolnienia tempa wzrostu wydatków na ochronę zdrowia sytuacja finansowa systemu opieki zdrowotnej pozostawała trudna. Utrzymywał się deficyt finansowy kas chorych, który w 2003 r. wyniósł około 3 mld euro.

Problemy systemu opieki zdrowotnej nie ograniczają się do kwestii finansowych. Pojawiły się również niekorzystne skutki konkurencji między kasami chorych, albowiem przybrała ona w części niepożądaną formę zabiegania o przyjmowanie członków o mniejszym ryzyku zachorowania. Kasy, do których przystąpiło stosunkowo dużo osób starszych i chorych, zmuszone były do podniesienia składek, co powodowało dalszy spadek ich konkurencyjności (Winkler 2002, s. 106). Różnica między wysokością składek ustalanych przez poszczególne kasy chorych w końcu lat 90. wynosiła 3,4 punktu procentowego (Brown, Amelung 1999, s. 85).

Mechanizm wyrównywania dochodów kas chorych, uwzględniający zróżnicowane ryzyko członków kas, jak dotychczas nie działa skutecznie. Transfery między kasami chorych oparte są na demograficznej charakterystyce ubezpieczonych, która wyjaśnia tylko niewielką część zróżnicowania kosztów opieki zdrowotnej.

Również w przypadku systemu emerytalnego, po okresie rozszerzania zasięgu ubezpieczenia i podwyższania ich poziomu (szczególne znaczenie miały reformy z 1957 r. i 1972 r.), nastąpił proces wprowadzania ograniczeń do systemu świadczeń.

Reforma z 1992 r. miała na celu dostosowanie systemu emerytalnego do zmieniających się warunków ekonomicznych i demograficznych, między innymi poprzez zahamowanie tendencji do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę. Wysokość świadczeń uzależniono od poziomu wynagrodzeń w całym okresie ubezpieczenia. Podniesiono wiek emerytalny kobiet z 60 do 65 lat, zrównując tym samym wiek

emerytalny kobiet i mężczyzn (proces dochodzenia do nowej granicy wieku emerytalnego będzie trwał do 2007 r.). Zniesiono możliwość wcześniejszego przejścia na emeryturę, wprowadzając w to miejsce zasadę elastycznego wieku emerytalnego, powiązaną z finansowymi zachętami do przedłużenia okresu aktywności zawodowej. Umożliwiono, po ukończeniu 62. roku życia, kontynuację pracy w niepełnym wymiarze czasu i otrzymywanie, oprócz części dotychczasowego wynagrodzenia, również części emerytury uzależnionej od wysokości wynagrodzenia za pracę.

Zmiany wprowadzane w niemieckim systemie zabezpieczenia społecznego miały ograniczony zakres i przeważnie doraźny charakter. Brak było również konsekwencji we wprowadzaniu zmian (Siebers 2004). Znamiennym przykładem było wycofanie w 1999 r. przez nowy rząd Gerharda Schrödera zmian wprowadzonych pod koniec rządów ekipy Helmuta Köhla. Ich najważniejszym elementem była decyzja z 1998 r. o stopniowym obniżeniu standardowej emerytury z 70% do 64% wynagrodzenia w latach 1999–2030.

Nowy rząd federalny złożony z Socjaldemokratów i Partii Zielonych w umowie koalicyjnej postanowił zawiesić reformę emerytalną na dwa lata i powołać specjalną komisję do rozpatrzenia tej kwestii. Wycofano także inne zmiany wprowadzone przez poprzednią ekipę rządową, a mianowicie (OECD 1999, s. 70, 73):

- reformę rent inwalidzkich; od 1999 r. uprawnienia do renty miały wynikać jedynie ze względów zdrowotnych, bez względu na sytuację na rynku pracy, co miało miejsce przedtem;
- rozszerzenie współpłacenia za leki i niektóre usługi zdrowotne;
- możliwość wypłacania przez kasy chorych rabatów pacjentom i zwracania im wydatków na leczenie, w miejsce bezpośredniego opłacania dostawców usług zdrowotnych;
- obniżkę wynagrodzenia za pierwsze sześć tygodni choroby ze 100% do 80%.

Koalicja, która przejęła władzę w 1998 r., przyjęła jako podstawowe założenie polityki społecznej zorientowanie na pracę i zwiększenie osobistej odpowiedzialności jednostki². Jako główne kierunki zmian przyjęto:

- znaczne obniżenie podatków od gospodarstw domowych i od przedsiębiorstw;
- priorytet dla aktywnych programów rynku pracy w celu ograniczenia bezrobocia, zwłaszcza wśród młodzieży i bezrobocia długookresowego; z inicjatywy rządu zawarto także „Pakt dla Pracy” między partnerami społecznymi i rządem, którego celem było zwiększenie zatrudnienia i zapewnienie wzrostu gospodarczego,
- zmniejszenie wysokich kosztów pracy, poprzez obniżenie składki ubezpieczenia społecznego (z 42,3% wynagrodzenia brutto w 1998 r. do poziomu poniżej 40% w 2002 r.).

Z początkowych decyzji, podjętych w 1999 r., należy wymienić:

- obniżenie składki ubezpieczenia emerytalnego o 0,8% i jednoczesne wprowadzenie podatku energetycznego (ekologicznego) rekompensującego finansowe skutki tej zmiany,
- objęcie ubezpieczeniem społecznym osób o bardzo niskich dochodach (do 630 DM),
- podniesienie wysokości zasiłków rodzinnych.

Nowa faza reform została zainicjowana w 2001 r. W maju tego roku uchwalono, zapowiadane od 1999 r., zmiany w systemie emerytalnym. Polegały one na:

1) stopniowym obniżaniu wysokości przeciętnej normatywnej emerytury z 70% do około 68% przeciętnego wynagrodzenia w okresie do 2030 r. Składka emerytalna ma nie przekroczyć 20% płacy brutto do 2020 r. i 22% do 2030 r.;

2) wprowadzeniu dobrowolnych indywidualnych kapitałowych ubezpieczeń emerytalnych wraz z bodźcami fiskalnymi w formie ulg podatkowych oraz subsydii dla osób o niskich dochodach, w celu zachęcenia pracowników do dodatkowego oszczędzania na emeryturę;

3) wprowadzeniu szeregu zmian sprzyjających rozwojowi zakładowych emerytur.

W dziedzinie ochrony zdrowia celem rządu pozostawała kontrola wysokości wydatków i niedopuszczenie do wzrostu składki ubezpieczenia zdrowotnego. Instrumentami polityki państwa były:

- globalne budżety;
- zasada, że wydatki kas chorych nie mogą rosnąć szybciej niż baza płacowa, na podstawie której kalkulowana jest składka;
- pozytywna lista leków w celu kontroli wydatków na leki.

W końcu 2003 r. parlament uchwalił przygotowany przez rząd Schrödera pakiet zmian w systemie opieki zdrowotnej oraz program reform społecznych „Agenda 2010” (*Agenda 2010* 2004).

Celem zmian w systemie opieki zdrowotnej, które wprowadzono 1 stycznia 2004 r., było powstrzymanie wzrostu kosztów i utrzymanie składki ubezpieczenia zdrowotnego poniżej 14% dochodu brutto, a od 2005 r. sprowadzenie jej do poziomu poniżej 13%.

Od 1 stycznia 2004 r. wprowadzono kwartalną opłatę za wizyty u lekarza ogólnego i dentysty w wysokości 10 euro. (Z opłaty są zwolnione badania prewencyjne, skierowania na badania kontrolne oraz porady lekarskie dla dzieci i młodzieży do lat 18). Kwartalną opłatą za poradę lekarską uzupełnia więc dotychczasowe formy współpłacenia, a mianowicie: opłaty za wykup leków (5–10 euro) i za pobyt w szpitalu (10 euro za dzień, do 28 dni w roku kalendarzowym). Limit dodatkowych opłat wynosi 2% rocznych dochodów brutto lub 1% w przypadku osób przewlekle chorych.

Nastąpiła pewna korekta zakresu świadczeń, przysługujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (przeniesienie świadczeń macierzyńskich z ubezpieczenia społecznego do budżetu państwa, zniesienie zasiłku pogrzebowego i jednorazowego zasiłku porodowego).

Do bardziej długofalowych działań należą: usprawnienie informacji poprzez wprowadzenie magnetycznej karty chorobowej, zapobiegającej kosztownemu powtarzaniu badań oraz powołanie niezależnego instytutu do spraw jakości i efektywności kosztowej w sektorze opieki zdrowotnej.

Powstrzymaniu wzrostu kosztów opieki zdrowotnej ma również służyć większa konkurencja w sektorze opieki zdrowotnej. Od 2004 r. wiele kas chorych oferuje programy, w ramach których osoby poddające się badaniom kontrolnym i uczestniczące w działaniach prewencyjnych uzyskują korzyści finansowe w formie częściowego zwolnienia z opłat lub obniżenia składki.

Program „Agenda 2010” ukierunkowany jest głównie na:

- zapewnienie stabilności systemu zabezpieczenia społecznego,
- pobudzenie gospodarki do szybszego wzrostu i zwiększenie jej konkurencyjności.
- zmniejszenie bezrobocia.

Na tę inicjatywę rządu istotny wpływ miał deficyt środków w systemie emerytalno-rentowym oraz deficyt kas chorych. Ten ostatni wyniósł w 2001 r. około 3 mld euro. Program działań obejmuje, oprócz kontynuacji zapoczątkowanej wcześniej redukcji podatków:

- intensyfikację przygotowania zawodowego młodzieży i zwiększenie nakładów na oświatę i szkolnictwo wyższe;

– zmiany w polityce rynku pracy zmierzające do zmniejszenia bezrobocia, zwłaszcza wśród młodzieży i bezrobocia długookresowego;

– poprawę funkcjonalności i zapewnienie finansowej stabilności systemu zabezpieczenia społecznego, w tym zmiany w finansowaniu systemu emerytalnego.

W odniesieniu do systemu emerytalnego krótkookresowym celem zmian jest zmniejszenie dotkliwego deficytu środków, przy utrzymaniu wysokości składki na poziomie 19,5% dochodu brutto. W dłuższej perspektywie, tj. do 2020 r., zakłada się, że składka nie powinna przekroczyć 20%, do 2030 r. zaś 22% dochodu brutto. W tym celu od 2005 r. wprowadzono do formuły wymiaru emerytury czynnik demograficzny, który uwzględnia zmieniającą się relację liczby płacących składki do liczby otrzymujących emeryturę oraz planuje się podniesienie efektywnego wieku przechodzenia na emeryturę z 60 lat do 63 lat, poprzez zniesienie bodźców do wcześniejszego przechodzenia na emeryturę oraz regulacji, które nie sprzyjają zatrudnianiu starszych pracowników.

Ponadto, w 2004 r. wstrzymano indeksację emerytur i rent, od 1 kwietnia 2004 r. zaś emeryci opłacają pełną składkę ubezpieczenia pielęgnacyjnego zamiast dotychczasowej połowy składki.

W zakresie polityki przeciwdziałania bezrobociu zmiany polegają przede wszystkim na:

- zastąpieniu trzech szczebli pomocy dla bezrobotnych dwoma poprzez połączenie obniżonego zasiłku i zasiłku z pomocy społecznej w jedno świadczenie w postaci bazowego dochodu dla poszukujących pracy;

– skróceniu okresu wypłacania zasiłku dla bezrobotnych z 32 do 12 miesięcy (18 miesięcy w przypadku osób powyżej 55. roku życia);

– obniżeniu wysokości zapomogi dla pozostających ponad rok bez pracy do poziomu zasiłku socjalnego (345 euro miesięcznie na terenie dawnej RFN i 331 euro w landach dawnej NRD);

– odebraniu zasiłku, jeżeli bezrobotny odmówi podjęcia oferowanej pracy, nawet jeśli jest to zajęcie poniżej jego kwalifikacji.

Ponadto, wprowadzono instytucję zatrudnienia socjalnego oraz programy pomocy finansowej dla długookresowo bezrobotnych i dla bezrobotnych podejmujących samozatrudnienie.

Program „Agenda 2010” nie kończy sporu o zakres niezbędnych zmian. Został on niechętnie przyjęty przez związki zawodowe i większość społeczeństwa, która nie chce się pogodzić z ograniczeniami dotychczasowych uprawnień socjalnych. Z drugiej strony wśród ekspertów i polityków silne jest przekonanie o potrzebie dalszych zmian.

WNIOSKI

Typ ładu społeczno-ekonomicznego, określanym mianem społecznej gospodarki rynkowej, sprzyjał przez długi czas osiągnięciu i utrzymaniu w Niemczech Zachodnich wysokiego poziomu dobrobytu materialnego i bezpieczeństwa socjalnego.

Pogorszenie się sytuacji gospodarczej od połowy lat 70., którego symptomy nasiliły się po zjednoczeniu obu państw niemieckich, zaostrzyło spory wokół potrzeby i kierunków zmian dotychczasowego typu ładu społeczno-ekonomicznego. W tym okresie wprowadzono wiele zmian w systemie zabezpieczenia społecznego, jednak przeważa ocena, że ich zakres i głębokość były niewystarczające. Praktyka reformowania systemu zabezpieczenia społecznego zdaje się więc potwierdzać tezę o ograniczonych zdolnościach adaptacyjnych społecznej gospodarki rynkowej³. Przedsięwzięcia podjęte w Niemczech w pierwszej połowie obecnej dekady mogą jednak sygnalizować większą determinację polityków w zakresie wprowadzania modyfikacji w systemie zabezpieczenia społecznego.

Wysoki poziom rozwoju gospodarczego i dobrobytu społecznego w Niemczech umożliwił dalsze poszukiwanie konsensusu co do przyszłego kształtu społecznej gospodarki rynkowej w tym kraju.

¹ Istnieją jednak różnice zdań, co do rangi różnych przyczyn osłabienia międzynarodowej konkurencyjności Niemiec. Na przykład według Józefa Misali, główną przyczyną były szeroko rozumiane skutki procesu zjednoczeniowego (Misala 2004, s. 247). Natomiast zdaniem Tadeusza Kowalika, decydujące znaczenie miało przejście od polityki makroekonomicznej ukierunkowanej na wzrost gospodarczy i zwiększanie zatrudnienia do polityki, której głównym celem była walka z inflacją (Kowalik 2005, s. 152).

² O kontrowersjach wokół strategii SPD świadczy odejście z rządu ministra finansów i premiera kraju Saary, Oskara Lafontaine'a.

³ Tezę taką w odniesieniu do modelu społecznej gospodarki rynkowej formułują, między innymi: Claus Offe (Offe 1990, s. 19), Bernd Schulte (Schulte 1999, s. 228), Daniel Cohen (Cohen 1994, s. 61), Jean-Paul Fitoussi i Pierre Rosanvallon (Fitoussi, Rosanvallon 1996, s. 49).

LITERATURA

- Agenda 2010* (2004), Press and Information Office of the Federal Government, Berlin, February, [www. Bundesregierung.de](http://www.Bundesregierung.de).
- Brown L., Amelung V. (1999), „*Manacled Competition*”: *Market Reforms in German Health Care*, „*Health Affairs*”, May/June.
- Cohen D. (1994), *Kłopoty dobrobytu*, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków.
- Fitoussi J.-P., Rosanvallon P. (1996), *Czas nowych nierówności*, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków.
- Kowalik T. (2005), *Systemy gospodarcze. Efekty i defekty reform i zmian ustrojowych*, Fundacja Innowacja, Warszawa.
- Misala J. (2004), *Międzynarodowa konkurencyjność Niemiec i pozycja konkurencyjna Niemiec w Unii Europejskiej*, w: M. Weresa (red.), *Niemcy w Unii Europejskiej*, tom 1, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa.
- OECD (1999), *OECD Economic Surveys 1998–1999: Germany*, Paris.
- OECD (2001), *OECD Economic Surveys 2000–2001: Germany*, Paris.
- Offe C. (1990), *Smooth Consolidation in the West German Welfare State. Structural Change, Fiscal Policies, and Populist Politics*, Universität Bremen.
- Schulte B. (1999), *Reformy zabezpieczenia społecznego w Europie*, w: Referaty na VI Europejski Kongres Prawa

Pracy i Zabezpieczenia Społecznego, Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa,

Siebert H. (2004), *Economic and Political Governance in Germany's Social Market Economy*, „Kiel Working Paper” No. 1207, Kiel Institute for World Economics, April.

The Global Competitiveness Report 2006–2007, <http://www.weforum.org>.

Winkler U. (2002), *Reforma służby zdrowia w Niemczech*, w: B. Chołuj (red.), *System opieki zdrowotnej w Polsce i krajach sąsiednich*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

SUMMARY

The paper concerns the directions of adaptation of the social security system in Germany, undertaken in the face of economic challenges. The analysis concentrates on changes in pension system and health care system. The social market economy has secured, for a long period, favorable institutional frames for economic and social welfare. But since the mid of 70., while the economic situation has made worse, many changes were introduced in the social security system. Nevertheless, the scale and the depth of changes are considered as insufficient. The decisions undertaken in this decade, especially under the program “Agenda 2010”, can signal the greater determination of politicians to modernize the social security system.