

## SEMJÉN ANDRÁS

### A svéd jóléti rendszer átalakulása

---

A svéd jóléti rendszer – a szociáldemokrata, intézményesült jóléti rendszer és a teljes foglalkoztatásra épülő észak-európai jóléti modell legismertebb reprezentánsa – az 1980-as évek végére érezhetően kimerítette lehetőségeit. A rendszer problémái a kilencvenes évek elején a fejlett világban a nagy gazdasági válság óta alig tapasztalt mértékű gazdasági visszaesésben manifesztálódtak. Ennek hatására a rendszer (a nyolcvanas évtized végétől kezdve, de elsősorban már a kilencvenes években) sorozatos, széles körű és mély változásokon ment keresztül. Sokan már kongatták a harangot a svéd modell, a svéd jóléti állam felett; mások inkább a rendszer megváltozott körülményekhez való alkalmazkodását hangsúlyozták, és felhívták a figyelmet az alkalmazkodás elkerülhetetlen jóléti költségeire. A svéd szociálpolitika irányváltása az elmúlt évtizedben kétségkívül jelentős és mélyreható volt, de a svéd jóléti rendszer szociáldemokrata-institucionális típusba történő besorolásának érvényesége ma még nem kérdőjelezhető meg, noha korábbi önmagához képest a svéd modell kétségkívül számottevően elmozdult a liberális modell irányába. A kilencvenes évek reformjai vitathatatlanul új fejezetet jelentenek a svéd jóléti rendszer történetében, a jóléti állam végét, lebomlását vagy összeomlását emlegetni azonban egyelőre mégsem indokolt.\*

---

#### A svéd „modell”

A jóléti rendszereket a ma – főleg Titmuss és Esping-Andersen munkássága nyomán – széles körben elfogadott tipológia szerint három nagy csoportra oszthatjuk:

1. a bismarcki hagyományból kinövő *korporativista* rendszerekre, amelyekben általában meghatározó az „érdem”, a munkával kiérdemelt, esetleg egyenesen a foglalkozási státushoz kötődő jogosultságok szerepe;

2. az angolszász tradíciót megtestesítő *reziduális-liberális* jóléti rendszertípusra, amelyben a rászorultságnak jut döntő szerep és

3. a *szociáldemokrata-institucionális* típusra, melyben az univerzális – állampolgári, vagy alanyi jogon járó – juttatások, jogosultságok a meghatározók. Érett formájában a svéd jóléti rendszer az utóbbi csoport szinte ideáltipikus megtestesítője volt, amelynek sajátosságai Stephens [1996] nyomán a következők:

– széles kiterjedésű (a lakosság széles körét átfogja);

---

\*A cikk alapjául szolgáló tanulmány elkészítését a Tárci, a Collegium Budapest és az OTKA T-1365. számú kutatási programja támogatta.

– a munkajövedelem kiesése esetén magas jövedelemhelyettesítést biztosít;  
– az állampolgári vagy alanyi jogon járó (rászorultságtól független) ellátások széles körét tartalmazza,<sup>1</sup>

– szolgáltatásintenzív, azaz a pénzbeli juttatások széles köre mellett nagyon nagy szerep jut benne a közfinanszírozású (és egyben általában a közösségi szektorba tartozó szolgáltató által nyújtott) természetbeni jóléti ellátásoknak.<sup>2</sup>

Emellett a rendszer

– *átfogó* (szinte minden olyan szükségletet/ellátást felölel, amelyben az állam a fejlett országok bármelyikében szolgáltatóként vagy finanszírozóként fellép),

– alapvetően *állami dominanciájú, etatista* (amennyiben az állam közszolgáltatói szerepvállalása dominál azokban a szektorokban is, ahol a szolgáltatás állami finanszírozásban, de kihelyezéssel, az üzleti magánszféra és/vagy a non-profit szektor fokozottabb bevonásával – esetleg az állami szolgáltatásnál olcsóbban, vagy jobb minőségben – is biztosítható lenne).

A rendszer nagy kiterjedése és a legtöbb svéd pénzbeli jóléti program magas helyettesítési aránya kitűnik az *1. táblázat* adataiból is, amelyekből az is jól látszik, hogy a svéd ellátások a reformok előtt (a nyolcvanas évek közepén) még az európai átlagnál jóval bőkezűbb észak-európai normához képest is kiemelkedően nagyvonalúnak voltak mondhatók, vezették a mezőnyt. Az állampolgári nyugdíjtól eltekintve<sup>3</sup> a svéd helyettesítési arány a táppénz kivételével az összes esetben jóval (több mint 10 százalékponttal) meghaladta a többi északi országét.

Egy ilyen rendszer *csak akkor tartható fenn* egy nyitott piacgazdaságban, ha valamilyen módon *sikerül az aktivitást, az adófizetést és a társadalombiztosítási programok terheihez való hozzájárulást magasan, a jövedelemhelyettesítő ellátások igénybevételét pedig alacsonyán tartani*. Magas munkaerő-piaci részvétel mellett a hagyományos protestáns etikára építve, viszonylag alacsony költséggel is lehetségesnek tűnhet a munkaerőpiacon kívül rekedő *keveseknek* magas szintű jövedelmbiztonságot garantálni; ám hosszabb időtávon ez a biztonság szükségképpen aláássa a protestáns etikát és a magas munkaerő-piaci részvételt; a kevesek számára tervezett bőkezű jóléti rendszer ily módon fokozatosan ellehetetlenül, és annál inkább képtelennek bizonyul a biztonság tartós garantálására, minél többen szeretnének (vagy kényszerülnek) rá támaszkodni.

Az igénybevétel és a kiadások relatív szintjének ésszerű korlátok között tartása az idő múlásával Svédországban is mind nehezebbé vált; a kilencvenes évek elejére az állami túlköltekezés már kritikus mértéket öltött. A közkiadások GDP-n belüli aránya 1993-ban már meghaladta a GDP 70 százalékát (először a fejlett ipari országok történelmében); a fiskális politika pedig ahelyett, hogy a válság kezelésének egyik eszköze maradt volna, maga vált a válság egyik fő alkotóelemévé (*Eklund és szerzőtársai* [1993]). A szociális jóléti kiadások (az egészségügyet is ideértve) az 1978. évi 31,7 százalékról 1990-re a GDP 34,8 százalékára nőttek; a társadalmi védelmi kiadások az OECD-átlagot csaknem 50 százalékkal meghaladó relatív szintje pedig Svédországban volt a legmagasabb az OECD-n belül (*Eardley és szerzőtársai* [1996] 354. o.).

<sup>1</sup> Stephensnél ettől független jellemzőként szerepel, hogy a hozzáférés/igénybevétel szabályai liberálisak, a *jövedelemeszt* ritka. Valójában ez a rendszer univerzalisztikus jellegéből már óhatatlanul következik.

<sup>2</sup> Meg kell jegyeznünk, hogy Stephens a jóléti rendszert széles értelemben használja, olyan szolgáltatásokat is ide sorol, mint az oktatás, a munkaerő-piaci beavatkozások stb.

<sup>3</sup> Ez az ellátás *önmagában véve* Dániában magasabb jövedelemhelyettesítésű. Mivel azonban ott a munkan nyugdíj helyettesítési arányt növelő szerepe minimális, a teljes nyugdíjjogosultság esetén elérhető jövedelem pótlási arány végül is Dániában lényegesen elmarad az *1. táblázatban* szereplő másik három országétól.

## 1. táblázat

Jövedelempótlási (helyettesítési) arány az átlagos nem szolgáltatásban dolgozó munkás bérének százalékában a főbb pénzbeli jóléti programok esetén Svédországban és másik három észak-európai országban, 1985

Megnevezés	Svédország	Norvégia	Finnország	Dánia
<i>Jövedelemhelyettesítés</i>				
Nyugdíjak				
– minimum	48	48	48	54
– teljes jogosultság	77	67	69	56
Táppénz (26 hét betegszabadság esetén)	90	100	74	77
Anyasági/gyermekgondozási szabadság (26 hét igénybevétele esetén)	92	83	77	83
Munkanélküli-ellátás (26 hét esetén)	72	61	56	59
<i>A program kiterjedése</i>				
Nyugdíjak	100	100	100	100
Táppénz	87	85	92	81
Anyasági/gyermekgondozási ellátás	100	100	100	81
Munkanélküli-ellátás	75	90	63	80

*Forrás: Stephens [1996] 34. o.*

## A rendszer működőképességéhez szükséges makrogazdasági környezet

### *Szolidarisztikus bérpolitika*

A svéd modell alapja az a tripartit bérmegállapodási rendszer volt, amely biztosította, hogy mind az egyes ágazatokon belül, mind pedig az ágazatok között érvényesüljön az „egyenlő munkáért egyenlő bér” elve. Ez az elv gyakorlatilag szakítást jelentett a hagyományos neoklasszikus egyensúlyi jövedelemelosztással, amely szerint a (vállalatok, ágazatok) eltérő határtermelékenységének tükröződnie kellene a bérekben.

A szolidarisztikus bérpolitika értelmében az adott típusú munkáért a gazdaság egészében (az adott szektor, illetve vállalat termelékenységétől függetlenül) egyenlő bér járt; a mindenkori bérnövekedést pedig az átlagos termelékenységű/jövedelmezőségű ágazatokban bekövetkező termelékenységnövekedés által megalapozott bérszínvonal alapján határozták meg. Ez az átlagosnál magasabb termelékenységű ágazatok dolgozói esetében önkéntes bérkorlátozásnak tekinthető, ami javítja ezen ágazatok nemzetközi versenyképességét, és ösztönzi az ezekben történő beruházásokat, a szektor bővülését és ezen keresztül (ha a tőke/munka arány változatlanul marad) az ilyen szektorokban a foglalkoztatottság emelkedését. Ugyanakkor az alacsony termelékenységű, munkaintenzív vállalatok a számukra finanszírozhatatlanul magas bérszínvonal miatt nemzetközileg teljesen versenyképtelenek lesznek, és vagy profilmódosításra és reorganizációra kényszerülnek, vagy fokozatosan tönkremennek. Az ebben a folyamatban felszabaduló munkaerőt az *aktív munkaerő-piaci politika* segítségével azután átirányítják a magas termelékenységű szektorokba. A szolidarisztikus bérpolitika és az aktív munkaerő-piaci politika együttműködése tehát elvben elősegítheti a munkaerő gyorsabb átáramlását a magasabb társadalmi termelékenységű szektorokba.

A szolidarisztikus bérpolitika, a centralizált szakszervezeti béralku sajátos svéd modellje a jóléti újraelosztás rendszerével karöltve maga is nagyban hozzájárult ahhoz,

hogy az adók és transzferek utáni jövedelemeloszlás Svédországban rendkívül egalitárius lett. Ez a jövedelemeloszlás ugyan biztosította a szegénység elleni küzdelem sikerét, de egyben számos ösztönzési probléma forrása is volt. A bérkülönbségek nagymérvű eliminálása az emberitőke-beruházások egyre alacsonyabb egyéni megtérüléséhez vezetett; a csökkenő megtérülés (a szigorú központi beiskolázási kontrollal párosulva) pedig óhatatlanul visszafogta a magasán képzett munka kínálatát, és ez oda vezetett, hogy a korábban jól képzett munkaerő-állománnyal rendelkező Svédország e téren mind inkább elvesztette versenyelőnyét,<sup>4</sup> és olyan országokkal kényszerült versenyre a világpiacon, melyekben a kevésbé képzett munka bére nagyságrendekkel elmaradt a svéd bérszínvonaltól.

A szolidarisztikus bérpolitika előnyei egy csupán versenyszférából álló, külső versenynek minden ízében kitett modellgazdaságban talán tartósan érvényesülhettek volna; a valóságban azonban elsősorban a külső versenytől (a dolog természetétől fogva) védett közösségi szolgáltatási szektor volt hajlandó arra, hogy alacsony termelékenységű munkát magas bérért tartósan foglalkoztasson. Svédországban a hatvanas évek eleje óta a foglalkoztatottság növekedése szinte teljes egészében a közösségi szolgáltatások terén következett be (Stephens [1996]; Henrekson és szerzőtársai [1994]; Freeman és szerzőtársai [1995]): miközben a magánszektorban foglalkoztatottak száma kisebb ingadozásokkal a kilencvenes évek elejéig szinten maradt, a közösségi szektor foglalkoztatotti létszáma csaknem egymillió fővel nőtt. Ez a növekedés szívta fel az alacsonyan képzett, alacsonyabb termelékenységű munkaerőt; e foglalkoztatásbővülés egyben a hagyományosan családi, háztartási munka (például a gyermek- és idősgondozás) szervezett keretekbe foglalását, monetizálását<sup>5</sup> is magával hozta, lehetővé téve a női foglalkoztatás további kiterjesztését. A foglalkoztatás bővüléséhez és a kiemelkedően magas aktivitási rátához a közösségi szektor már említett munkaerő-felszívó szerepe és a munkaerő-piaci részvétel implicit szubvencionálása mellett a tradicionális társadalmi normák is hozzájárultak: a munkanélküliséghez, a segély tartós igénybevételéhez társadalmi *stigma* társult.

Amennyiben viszont az alacsonyabb képzettségű és termelékenységű munka a közösségi szolgáltatási szektorban koncentrálódik, az alacsony termelékenységű munkát magas bérért foglalkoztató ágazat *külső versenytárs híján nem megy tönkre*. Nem (vagy alig) érvényesülnek tehát egy ilyen helyzetben a szolidarisztikus bérpolitikára épülő modell elméleti előnyei, miközben a magas termelékenységű munka esetében az átlagosnál intenzívebb ellenőrző hatások lépnek fel.

### *A pénzpiacok (deviza- és hitelpiac) állami ellenőrzése*

A rendszer sima működése a munkaerőpiac főbb szereplőinek már említett együttműködési képességén és hajlandóságán túl a világgazdasági, a nemzetközi munkamegosztási és a nemzetközi pénzügyi rendszer olyan sajátosságain is alapult, amelyek Bretton Woods után mind kevésbé voltak jelen. A viszonylag szigorú pénz- és keresletszabályozás hatására a profitráták meglehetősen alacsonyak voltak a svéd gazdaságban, de a tőke szabad mozgását érintő korlátozások egy darabig képesek voltak a tőkekivonás megakadályozására. A jóléti állam ugyanakkor kihasználta a pénzügyi rendszer állami ellenőrzésében rejlő lehetőségeket: a deviza- és a hitelpiacok állami ellenőrzése lehetővé tette a megtakarítások becsatornázását alacsony kamatú hitelekbe. Ezek az alacsony kamatú hitelek ké-

<sup>4</sup> 1989-ben az átlagos svéd munkavállaló 11 évig tanult, szemben az átlagos amerikai munkavállaló 13 évével (Freeman és szerzőtársai [1995] 7. o.).

<sup>5</sup> Assar Lindbeck egyenesen a „*család államosításáról*” beszél ezzel kapcsolatban (idézi Freeman és szerzőtársai [1995] 14. o.).

pések voltak biztosítani, hogy a gazdasági növekedés megfelelő szintjének fenntartásához szükséges beruházásokra sor kerülhessen. (Vö. *Stephens* [1996].)

Az olajválság után megemelkedtek a nemzetközi pénzpiacokon a kamatlábak; mindez viszont a mind jobban internacionalizálódó pénz- és tőkepiacok körülményei között egyre nehezebbé tette a kormányok számára, hogy belső kamatláb-politikájukkal tartósan eltérjenek a nemzetközi trendektől. A jelenlegi világgazdasági periódusra pedig már egyértelműen a pénzmozgások nagyfokú liberalizációja jellemző. A nemzetközi trendek alól Svédország sem vonhatta ki magát: az alacsony kamatlábak politikája túl nagy nyomást gyakorolt volna a nemzeti valutára. Mindez egyre nehezebbé, gyakorlatilag lehetetlenné tette az alacsony kamatlábak fenntartását, a beruházások és a gazdasági növekedés ezen keresztül történő ösztönzését.

### A svéd modell válsága

A nyolcvanas évek figyelmeztető jelei, illetve a modell működőképességét biztosító feltételek fokozatos eróziója ellenére a svéd modell az évtizedfordulón és a kilencvenes évek elején fellépő mély válsága sokakat felkészületlenül ért. Jóllehet a korábbi makrogazdasági problémák hatására az 1982-ben újra hatalomra kerülő szociáldemokraták is eljutottak ahhoz a konklúzióhoz, hogy a közkiadások GDP-hez mért aránya már túl magas, és bizonyos kiadáscsökkentések mellett széles körű adóreformot vezettek be, a problémákat inkább ciklikus jellegűnek, semmint strukturálisnak tartották, és rutinszerűen az anticiklikus gazdaságpolitika eszköztárára támaszkodtak. Az 1988-as választási kampány során az addig elért eredményektől (beindult fellendülés, csökkenő munkanélküliség és költségvetési hiány) felbátorodva a szociáldemokraták új szociális intézkedések, kibővített jóléti jogosultságok bevezetését ígérték, azonban a válság hatására ígéreteikből semmit sem tudtak megvalósítani. Sőt, 1990 februárjában szigorú megszorító intézkedések bevezetésére kényszerültek (beleértve a bérfagyasztást és a sztrájktilalmat is). Mindez 1991-ben a párt 1928 óta legrosszabb választási szerepléséhez és kormányzati szerepe elvesztéséhez vezetett.

A kormányváltás és a kisebb-nagyobb kiadáscsökkentő reformok azonban ekkorra már elégtelennek bizonyultak a válság elmélyülésének megakadályozására. 1992-ben a költségvetési hiány már a GDP 14 százalékát közelítette (*Eklund és szerzőtársai* [1993]). 1990 és 1993 között a GDP minden évben csökkent, összesen mintegy 5 százalékkal; a kiskereskedelmi forgalom visszaesése a 15 százalékot is elérte. A foglalkoztatás 12 százalékkal esett vissza, a munkahelyek megszűnése a magánszektor mellett immár a közösségi szektort is elérte. 1992 novemberében fel kellett adni a svéd korona ECU-hoz kötött fix árfolyamát, rá kellett térni az árfolyam lebegtetésére; mindez a nemzeti valuta mintegy 15 százalékos leértékelését hozta magával. 1993 végére a hagyományosan alacsony, a korábbi évtizedben 1-2 százalék körül mozgó aggregált munkanélküliség már 9,3 százalékra rúgott, ha pedig a közmunkákon és átképző programokon részt vevőket is az állástalanok közé számítjuk, a 14 százalékot is elérte. A fiatalok munkanélkülisége a 21 százalékot is meghaladta. A költségvetési hiány továbbra is a GDP 13 százaléka körül alakult, miközben a gazdasági visszaesés hatására a közkiadások aránya immár a GDP 70 százalékát is elérte.

### Válságmagyarázatok

Szakmai és politikai körökben fokozatosan általánossá vált a vélemény, hogy a kilencvenes évek elhúzódó súlyos recessziója *nem ciklikus visszaesés*, hanem a rendszer mély *strukturális válságának* tünete. Már *Eklund és szerzőtársai* [1993] is megállapították,

hogy a válság alapvetően belföldi eredetű (amelyet az enyhe külső recesszió csak súlyosbíthatott, de nem okozhatott), és mélyen gyökerezik a rendszer strukturális problémáiban, amelyeket jó részt a korábbi hibás gazdaságpolitika okozott. A kilencvenes évek elején bekövetkezett gazdaságpolitikai irányváltás (az antiinflációs politika, a dereguláció és az adóreform) rövid távon ugyanakkor maga is hozzájárulhatott a válság elmélyüléséhez. Freeman és szerzőtársai [1995] három lehetséges (egymást nem kizáró) magyarázatot vázolnak fel a válság kialakulásának, illetve elmélyülésének indoklására:

1. a válság a rendszer hosszú távú strukturális problémáinak (magas közkiadások, túlzottan bőkezű társadalmi biztonsági rendszer, nagy adóékek, alacsony magánmegtakarítások, túlzottan kiterjedt kormányzati szabályozás által gúzsba kötött piacok, a monopolelles szabályozás gyengeségei stb.) tünete;<sup>6</sup>

2. gazdaságpolitikai hibák súlyosbították a rendszer problémáit (a pénzügyi rendszer deregulációja és az adóreform rövid távon a gazdaság jobb funkcionálása helyett a háztartási megtakarítások növeléséhez és ingatlanpiaci árrobbanáshoz, középtávon viszont az ingatlanpiaci fellendülés kipukkadásához és a hitelrendszer válságához vezettek);<sup>7</sup>

3. a válság mélysége a gazdaságpolitikai „rendszerváltás” magas költségeinek tudható be: a széles körű állami szabályozásra épülő jóléti államról egy rugalmasabb rendszerre való átállás költségei rövid távon olyan magasak is lehetnek, hogy az már válságtüneteket okoz.

### *A munkaerő-piaci politika szerepe a válságban*

A svéd jóléti rendszer hatása a munkakínálatra kettős: egyfelől mivel a jogosultságok jelentős része a munkaerő-piaci részvételhez kötődik, a jóléti rendszer léte elvben a munkakínálat bővítésére ösztönöz. Másfelől a kiterjedt juttatások miatt a rendszer ellenősz-tönző hatásai is erősek. A két hatás eredője legalábbis kétséges, de az utóbbi években mind többen az ellenősz-tönzést érzik dominánsnak.

A válságban az összezsugorodó közösségi szektor munkaerő-kereslete csökkent; a szektor fokozatosan elengedte annak a munkaerőnek a nagy részét, amelyet korábban a szolidarisztikus bérpolitika és a munkaerő-piaci részvétel implicit szubvencionálása hatására felszívott. Ugyanakkor a magánszektorban is csökkent az alacsony termelékenységű munka iránti kereslet.

A munkanélküliségi segélyrendszer Svédországban hagyományosan viszonylag korlátozott (egy évnél rövidebb) segélyezési időszakkal dolgozott; a segélyek által lehetővé tett jövedelemhelyettesítési arány ugyanakkor meglehetősen magas volt. A rendszer szabályai ráadásul számos esetben (például a munkaerő-piaci tapasztalatok nélküli pályakez-dők munkanélküliségi ellátása esetén) olyan bőkezűek voltak, hogy már nagyon erős ellenősz-tönző hatással jártak. A 10 százalék közelébe felszökő munkanélküliségi ráták növekvő költségeket és a rendszer jelentős deficitjét okozták, és nagy nyomást gyakorol-tak a költségvetésre.

A válság körülményei között az aktív munkaerő-piaci politika vált a hagyományos svéd munkaerő-politika legellentmondásosabb elemévé. E politika a hetvenes-nyolcvanas évek alacsony munkanélkülisége idején számos dicséretet kapott; a megnövekedett

<sup>6</sup> Ezt a magyarázattípust hívhatjuk Lindbeck-féle magyarázatnak, mivel nagy szerepet kap Assar Lindbeck munkásságában.

<sup>7</sup> Másokkal együtt ugyancsak Lindbeck hívta fel a figyelmet a rövidebb távú gazdaságpolitika intézkedéseinek nem elhanyagolható szerepére a válság kialakulásában; Calmfors [1993] még Lindbecknél is nagyobb mértékben hajlik erre a magyarázatra.



munkanélküliség azonban felhívta a figyelmet arra, hogy kiadásai nemzetközi szinten igen magasnak mondhatók, miközben jelentősége a munkanélküliség alacsonyan tartásában meglehetősen korlátozott. *Forslund és Krueger* (idézi *Freeman és szerzőtársai* [1995]) eredményei azt mutatják, hogy a *közmunkák bővülése a magánszektorban lévő munkahelyek rovására történt*: minden egyes közmunkaalkalom megteremtése 0,7 munkahelyet szorít ki a magánszektorban. A válság leküzdésének záloga egy olyan *munkaerő-piaci dereguláció*, amely biztosítja, hogy a munkaerőpiac bővülése döntően a magángazdaságban történjen.

### *A svéd modell „22-es csapdája”*

*Henrekson és szerzőtársai* [1994] szerint a válság fő problémája nem is a csillagászati mértékű költségvetési hiány,<sup>8</sup> hanem a kiadások GDP-hez képest fenntarthatatlanul magas szintje. Számos empirikus elemzés (lásd *Henrekson és szerzőtársai* [1994] 4–9. o.) egyértelműen kimutatta, hogy negatív sztochasztikus összefüggés áll fenn ezen arány és a reál-GDP növekedési üteme között. A magas költségvetési kiadási hányad általában a gazdasági növekedés gátja.<sup>9</sup>

A svéd jóléti modell úgynevezett 22-es csapdája (vö. *Henrekson és szerzőtársai* [1994], 10–13. o.) arra a felismerésre épül, hogy a szociális biztonság garantálására létrehozott nagy kiterjedésű szociális védőháló nemkívánatos mellékhatásokkal jár. A magas jóléti közkiadások gyengítik az ösztönöztséget, aminek hatására még többen támaszkodnak a jóléti rendszerre, csökkentve az adóalapot és növelve az adóbevételek iránti igényt. A növekvő adókulcsok még tovább rontják a munkára való ösztönzést: jól látható, hogy a rendszer *ördögi körbe* került.

### *A „szervezett visszavonulás” stratégiája*

*Henrekson és szerzőtársai* [1994] rávilágítanak arra, hogy a válságból való kilábalás érdekében a *közkiadások GDP-hez viszonyított arányát* mindenképpen *csökkenteni kell*. A kiterjedt szociális védőháló hatására a gazdaságban jelentősen *megnőtt a rezervációs bér*. A magas rezervációs bér nem teszi lehetővé, hogy a munkanélküliség jelentős részét a magánszektor által teremtett alacsony bérű állások szívják fel, bár a magánszektor munkaerő-kereslete alacsonyabb bérek mellett nem lenne jelentéktelen. Ez az az alacsony bérű állásokkal jár, hogy egészséges, munkaképes emberek tartósan a munkanélküliek, a segélyből élők között rekednek. A szociális védőháló által biztosított *ellátások jövedelemhelyettesítési rátájának csökkentése csökkentené a rezervációs bért*, és ily módon hozzájárulna a munkaerő magánszektorba történő áramlásához. Adicionális intézkedésekkel – elsősorban megfelelő képzési programokkal – el lehetne érni, hogy az ily módon a magánszektorba bekerülő alacsony bérű munkaerő ne rekedjen tartósan meg az alacsony bérű állásokban.

<sup>8</sup> A költségvetési hiány ugyanis legalább csökkentette a belföldi kereslet visszaesésének mértékét; ennek hiányában önerősítő depressziós spirál indulhatott volna be a finn esetben tapasztaltakhoz hasonlóan.

<sup>9</sup> Nem mindenféle közösségi kiadás egyformán negatív hatású a növekedés szempontjából: a „*védő államra*” (a tulajdonjogok védelmére) és az „*infrastrukturális államra*” (például az állam által végzett emberitökeberuházásokra) fordított kiadások a tőkének kedvezőbb feltételeket teremtenek, és *javíthatják a növekedési kilátásokat*; ezzel szemben a „*szociális államra*” fordított közkiadások *növekedési hatása inkább negatív*. 1993-ban *Henrekson és szerzőtársai* [1994] osztályozása szerint a svéd közkiadások 64 százaléka ez utóbbi kategóriába tartozott.

Nagy veszélyeket rejthet, ha a költségvetési hiány csökkentése tűnik a jóléti reformok szinte kizárólagos céljának. A fiskális szempont helyett a rendszer átalakítása elsődleges motivációjának annak kellene lennie, hogy a juttatási rendszerek felduzzadása már azok eredeti céljainak megvalósítását fenyegeti. Ha ugyanis a fiskális szempont dominál a reformok során, akkor a recesszió elmúltával (amikor az adóalapok és adóbevételek növekedésnek indulnak) a jóléti rendszer problémaköre elveszítheti fontosságát, és a nem megfelelő szerkezetű ellátások hatására előbb-utóbb újra komoly strukturális problémák lépnek fel. A kiadások visszafogása épp ezért nem történhet a szociális állam minden területének „fűnyírólven” alapuló csökkentésével: a rendszer átszabása során jól definiált prioritásokra, határozott stratégiára van szükség. *Henrekson és szerzőtársai* [1994] a korábbi jóléti államtól történő szervezett visszavonulást javasolják: ennek keretében belátható időn belül a GDP 50 százaléka alá kellene szorítani a közkiadásokat; olyan juttatási mértékeket és jövedelemplótlási hányadokat kellene meghatározni, amelyek mellett a megfelelő ösztönöztség fenntartható. A közösségi szektort pedig megfelelő kompetitív nyomásnak kellene alávetni, hogy hatékonysága kielégítő legyen.

*Henrekson és szerzőtársai* [1994] megfontolandó álláspontja szerint nem szabad megengedni, hogy a jóléti állam feladata a mindenkire kiterjedő *minimális alapvető védelem*<sup>10</sup> biztosítására szűküljön, bár sokan javasolják az ebbe az irányba való elmozdulást. Egy ilyen rendszer ugyanis egyfelől nagyon költséges lenne, mivel szükségtelenül széles kör számára nyújtana ellátásokat (bár alacsony szinten), másfelől pedig egy ilyen elmozdulás esetén az adók és járulékok kikerülésére és az adócsalásra való ösztönzés, az informális szektor bővülése irányába ható erő még a korábbinál is nagyobb lenne. A hétköznapi kismértékű egyéni likviditási problémák megoldására felesleges kiterjedt transzferrendszert fenntartani. Az ilyen kockázatok ellen az egyén megtakarításai felhasználásával, illetve kölcsönök és biztosítások igénybevételével a maga erejéből is képes védekezni; a *szociális rendszernek a rendkívüli, a nagymértékű kockázatok ellen kell védelmet nyújtania*, azaz az ellátásoknak a kivételes költségek kockázatát kell közömbösíteniük (*high-cost protection*).

Míndez úgy fordítható le a konkrét ellátások nyelvére, hogy a gyakrabban felmerülő kockázatok (például betegség során a táppénz, illetve az egészségügyi ellátás igénybevétele) esetén az egyén (esetleg a munkáltató) egy bizonyos költséghatárig vagy egy bizonyos várakozási ideig maga állja a felmerülő költségeket; amint azonban e költségek egy bizonyos szint felé emelkednének, az államnak be kell lépnie. A nyugdíjrendszer nyelvére lefordítva: a kivételes költségek elleni védelem elve azt jelenti, hogy alapesetben mindenki a saját befizetéseivel maga biztosítja aktuáriusan korrekt módon a saját nyugdíját, és az állami újraelosztás csak ott lép közbe, ahol az egyéni befizetések utáni nyugdíj nem biztosítja a minimális megélhetést. Az eddigi példák már alighanem illusztrálták, hogy a rendszer logikájának fundamentális megváltoztatásáról van szó.

Fontos szerepe lehet a válság leküzdésében a jóléti szolgáltatási szektor hatékonyabbá tételének is; itt a nemzetközi tapasztalatokkal összhangban elsősorban a szolgáltatók versenyéről, egyes szolgáltatásoknak a közfinanszírozás fenntartása melletti privatizálásról, a kvázipiaci vonások erősítéséről lehet szó.

<sup>10</sup> E koncepció képviselői szerint az állam szerepe bizonyos *minimális, egységes szintű szociális védelem* (egységes ellátások) biztosítása, és annak lehetővé tétele, hogy azok, akik ennél *magasabb szintű biztonság*-ra vágyanak, azt a *piac*on beszerezhessék.



## A jóléti rendszer egyes elemei és reformjuk

A következőkben bemutatom a svéd jóléti rendszer néhány elemét, és az ezekben az elmúlt években elindított reformfolyamatokat. Nem törekszem a teljességre; területi korlátok miatt inkább csak példákkal illusztrálom a változások irányát. A pénzbeli juttatások közül csak egyes alapvető *társadalombiztosítási kiadásokra*<sup>11</sup> (elsősorban is a nyugdíjra) és a szociális segélyre térek ki. A természetbeni jóléti juttatások közül csak az egészségüggyel foglalkozom. A bemutatott területek mindazonáltal alkalmasnak tűnnek arra, hogy segítségükkel képet nyerhessünk a svéd jóléti politikáról és az abban bekövetkezett paradigmaváltásról.

### A nyugdíjrendszer

A svéd nyugdíjrendszer múltja viszonylag rövid: a rendszer első csirája csupán 1913-ban jött létre. 1947-ben bevezették az *állampolgári alapnyugdíjat* (egy nem hozzájáruláson alapuló egységes szintű nyugdíjat), ami nagymértékben javította az idősek anyagi körülményeit, bár a nyugdíjba vonulás továbbra is az esetek jelentős részében igen erőteljes életszínvonal-csökkenéssel járt. 1960-ban bevezették a nemzeti *kiegészítő nyugdíjat* (ATP), ami tulajdonképpen *felosztó-kirovó rendszerű munkanyugdíj*. Az így létrejött kifejelet nyugdíjrendszerben az alapnyugdíjra való jogosultság alapesetben 65 éves kortól járt, de az egyén 60 és 70 éves kora között (aktuáriusan korrekt prémiumok, illetve diszkontálás mellett) rugalmasan választhatta meg nyugdíjba vonulása idejét. A kiegészítő nyugdíj teljes összege harmincéves jogszerző periódus után járt; a normál nyugdíjkorhatár ebben az esetben is 65 év, és itt is lehetőség volt (aktuáriusan korrekt módon) a rugalmasságra. A kiegészítő nyugdíj nagyságát a 15 legjobb jogszerző év jövedelme alapján határozták meg, és erre vonatkozóan mintegy 60 százalékos helyettesítési aránnyal számoltak. Azok a 60 és 65 év közöttiek, akik munkaidejüket akarják csökkenteni, *résznyugdíjat* vehetnek igénybe (Johnsson [1995] 152–153. o.).

Az 1996-os reform előtti svéd nyugdíjrendszer alapvetően hárompillérű volt: az állampolgári *alapnyugdíj*hoz és a kiegészítő *munkanyugdíj*hoz a *foglalkozási nyugdíjak* kiterjedt rendszere társult harmadik pilléréként. Ezek szinte minden munkavállalót érintenek: a munkavállalók mintegy 90 százaléka négy legnagyobb foglalkozási nyugdíjrendszer valamelyikéhez tartozik. A foglalkozási nyugdíjak ilyen széles körű elterjedését a munkanyugdíjjal (ATP) megszerezhető jövedelem korlátozottságával és – ebből fakadóan – a magas jövedelműekre vonatkozó relatíve alacsony jövedelepótlási hányaddal szokták magyarázni: a foglalkozási nyugdíj elsősorban a közepes és a magas jövedelműek kiegészítő nyugdíja.

**A rendszer problémái.** A reform előtti rendszerben a nyugdíjjárulékot teljes egészében a munkáltató viselte. A nyugdíjjárulékok és a kapott nyugdíjak kapcsolata gyenge

<sup>11</sup> A svéd társadalombiztosítás átfogó: kiterjed a betegbiztosításra, a családi ellátásokra, a nyugdíjbiztosításra, a munkahelyi sérülések elleni biztosításra, a munkanélküliségi biztosításra és még néhány kisebb fontosságú ellátásra. 1994-ben a nyugdíjkiadások mintegy a társadalombiztosítási kiadások 51 százalékára rúgtak, a betegbiztosítás költségei pedig a társadalombiztosítás kiadásainak 29 százalékot tettek ki. Összeségében a *tb-járulékteher magas* volt: az összes bér csaknem 40 százalékát elérte a nyolcvanas évtized végére; a kilencvenes évek elején a betegszabadság első két hetének finanszírozása közvetlenül a munkáltatókra hárult, és ennek megfelelően csökkenteni lehetett a járulékokat, de azok még így is 30 százalék körüli szinten alakultak. Ha a *tb*-nek fizetendő járulékok mellett a foglalkozási nyugdíjakra stb. fizetett munkáltatói hozzájárulásokat is figyelembe vesszük, a terhek a nyolcvanas évek vége felé elérték a bérek 45 százaléka körüli értéket, és még a kilencvenes évek elején is meghaladták a 40 százalékot. Mindez *káros hatással van az ország nemzetközi versenyképességére*. (Vö. Scherman [1995].)

volt; a rendszer *nem volt aktuáriusan korrekt*: a rendszerben a nyugdíjak nagysága eleve nem az életkereseten és a teljes kereső periódus alatti befizetéseken alapult, hanem csak a legjobb 15 év számított. Továbbá számos, járulékfizetéssel nem megalapozott jogosultság is keletkezett (sorkatonai szolgálat, gyermekgondozási idő); másfelől a járulékfizetés nem járt minden esetben a nyugdíj jogok növekedésével: egy bizonyos jövedelemplafon felett a jövedelmek ugyan járulékkötelesek voltak, de nem számítottak be a nyugdíjalapba. A járulékok adójellege a munkanyugdíjon belül is erős volt; a nem a járulékfizetésen alapuló alapnyugdíj pedig *par excellence* adókból finanszírozott ellátásnak volt tekinthető. A befizetések és a nyugdíjak közti kapcsolat gyengesége járulékkikerülésre ösztönzött.

A reform előtti rendszerben a már megállapított nyugdíjak reálértékét az infláció nem befolyásolta, mivel azok követték az árak emelkedését. Ily módon – bár a munkanyugdíj (ATP) rendszer felosztó-kirovó jellege miatt a nyugdíjkiadások fedezetét természetesen az adott pillanatban dolgozók termelték meg – a rendszerben nem volt kapcsolat az aktuális bérszint és a nyugdíjszint között. Ez – azon kívül, hogy szükségtelenül ellentéteket teremtett a nyugdíjasok és a dolgozók között – azzal a súlyos problémával jár együtt, hogy az *implicit* (a nyugdíjkiadásokat a járulékbefütelekkel egyensúlyba hozó) járulékkulcs rendkívül érzékeny volt a gazdasági növekedés mértékére. Jól mutatja ezt a 2. táblázat, amely a reform előtti nyugdíjrendszer paramétereire és minden oszlop esetében identikus demográfiai prognózisokra épül. A járulékkulcs elviselhető szinten tartását biztosító 2 százalékos vagy magasabb gazdasági növekedés esetén a rendszerben (az alacsonyabb növekedésű helyzethez képest) relatíve mind többeket érint a munkanyugdíjba épített plafon (a plafon feletti jövedelem nem jogszerző, de járulékot e felett is fizetni kell). Azaz a járulékteher elviselhető szinten tartásának az az ára, hogy mind többek esetében a nyugdíj egyre kisebb mértékben kompenzálja a nyugállományba vonulás miatt bekövetkező jövedelemcsökkenést. A *kompenzáció elvének* ilyen eróziója ellentétes az eredeti szándékokkal.

2. táblázat

Implicit nyugdíjjárulékkulcs\* a bérek százalékában a reform előtti rendszer paramétereinek alapján

Év	A reál-GDP évi növekedési üteme			
	0 százalék	1 százalék	2 százalék	3 százalék
1995	29,7	29,7	29,7	29,7
2005	33,5	30,3	27,8	25,1
2015	41,1	34,2	28,8	23,9
2025	44,2	34,1	26,6	20,3
2035	45,6	33,2	24,0	16,7

\*Az alapnyugdíjat (kiegészítéssel és lakhatási pótlékkal együtt) és a kiegészítő munkanyugdíjat (ATP) fedező járulékkulcs.

Forrás: Ståhlberg [1995].

**A nyugdíjreform.**<sup>12</sup> 1984-ben létrehozták a rendszer működésének elemzésére és felülvizsgálatára az úgynevezett nyugdíjbizottságot, amely többévi munka után 1990-ben tette közzé megállapításait és javaslatait a rendszer reformjára. E javaslatokat 1991-ben

<sup>12</sup> Mivel a reform bemutatása döntően a már elfogadott, de még be nem vezetett reformot ismertető irodalmakon alapszik, a valóságos mai helyzet az 1996-ra érvényes leírtaktól apróbb dolgokban eltérhet.

széles körben megvitatták, és végül az a konklúzió alakult ki, hogy a bizottság által javasolt változásoknál radikálisabb lépések szükségesek. Az új koncepció alapelvei 1992 augusztusára készültek el, és 1994 januárjára sikerült megegyeznie a kormányzó (polgári) pártoknak és a szociáldemokratáknak a reformjavaslatokról, ezeket a szükséges módosítások elvégzése után terjesztettek a parlament elé, amely elhatározta az új rendszer 1996-os bevezetését.

A reform a korábbi két elemet (állampolgári alapnyugdíj és kiegészítő munkanyugdíj) egységes rendszerbe gyúrta össze. Az új rendszerben a nyugdíjak alapvetően *biztosításmatematikai* megfontolásokat követnek, de azok részére, akik rendes munkanyugdíjra nem szereztek nyugdíjjogosultságot (vagy csak rendkívül alacsony nyugdíjat kapnának), bevezetnek egy garantált minimumnyugdíjat. A garancia költségét adókból az állam fizeti. Az új rendszerben rugalmas a nyugdíjkorhatár, és aktuáriusan korrekt prémiumokkal, illetve diszkontálással ösztönöznek a későbbi nyugdíjba vonulásra. 67 éves kor előtt pusztán életkori okokból senkit sem lehet akarata ellenére nyugdíjazni.

Noha alapvetően az életkeresetek határozzák meg a nyugdíjat, bizonyos egyéb periódusok is jogszerzők; a járulékokat azonban az állam ezekre a jogszerző periódusokra<sup>13</sup> is ténylegesen befizeti a nyugdíjalapba. Az életkeresetelvtől való további eltérés az is, hogy – mivel a svéd törvények szerint a házasság (együttélés) alatt szerzett vagyon közös – lehetőség van a férj és feleség között a jövedelmek (és az ezek által szerzett nyugdíjponatok) megosztására úgy, hogy a nyugdíjjogosultságot szerző jövedelmük papíron kiegyenlítődjön. A férfiak alacsonyabb várható élettartama miatt azonban a férfiatól a nőknek átadott jövedelmet 20 százalékkal csökkentve számítják be annak érdekében, hogy a jövedelemmegosztás ne jelentsen többletkiadást a nyugdíjalap számára; fordított irányú jövedelemmegosztás szerint 20 százalékkal növelik a beszámított jövedelmet (*Ståhlberg* [1995], *Working Group on Pensions* [1994]).

Az új rendszer alapvetően felosztó-kirovó elven működik, de van egy kisebb tőkefedezeti elven működő komponense is. A reformált nyugdíjrendszer a meghatározott hozzájárulás elvén működik: a 18,5 százalékos *nyugdíjjárulék* fizetési kötelezettsége *egyenlően* (9,25-9,25 százalék) *oszlik meg a munkaadók és a munkavállalók között*. A 18,5 százalék nyugdíjjárulékból 16,5 százalék megy a felosztó-kirovó rendszerbe, és a járulékalap 2 százaléka (azaz az összes járulék mintegy 11 százaléka) kerül a tőkefedezeti nyugdíjszámlára.<sup>14</sup> Az erre a számlára befizetett pénzeket meghatározott szabályok szerint befektetik, és nyugdíjba vonuláskor a befizetett tőke és akkumulált hozamai vehetők fel.

A felosztó-kirovó rendszerben gyűjtött *befizetéseket* is személyre szóló, ellenőrizhető egyéni nyugdíjszámlákon írják jóvá; az e számlán kezelt pénzt a *bérmővekedés ütemének megfelelően* évről évre *indexelik*. A jövedelemplafont is automatikusan indexálják a bérek alakulása szerint: az e feletti jövedelem már nem jogszerző, és egyéni járulékot sem kell utána fizetni; a munkáltató azonban e felett is köteles járulékot fizetni (ez a felosztó-kirovó rendszer tartalékalapjába megy). Az alacsony eseti jövedelmek szintén nem jogszerzők: az egészen alacsony (egy munkáltatótól egy éven belül kapott 1000 svéd korona alatti) kifizetések nem is járulékkötelesek; az e határ és mintegy 9000 svéd korona közti,

<sup>13</sup> Ilyen periódus a táppénzen töltött idő (itt a kieső jövedelem a beszámított jövedelem); a sorkatonai szolgálat (az összes biztosított adott évi jövedelmének 50 százaléka alapján határozzák meg az erre az időre járó nyugdíjponokat); a gyermekgondozási idő (gyermekenként maximum négy év), amely alatt az egyik szülő beszámított jövedelme kap képzetes kiegészítést (három lehetőségből az adott esetben a legkedvezőbb számít.)

<sup>14</sup> A tőkefedezeti nyugdíjszámlákat az egyén döntésének megfelelően decentralizálják; azaz itt alapvetően magánnyugdíjpénztárakban elhelyezett megtakarításokról van szó. Amennyiben valaki nem választ magánnyugdíjpénztárat, a 2 százalékos befizetés automatikusan egy központilag kezelt egyéni tőkeszámlára kerül.

ugyancsak nem jogszerező jövedelmek után pedig csak a munkáltató fizet járulékot, ami szintén a tartalékalapba kerül.

A már *megállapított nyugdíjak* értékét 2001-től kezdődően olyan *indexálás* alapján tartják karban, amelynek szabályai szerint a nyugdíjak növekedése a reálbérek növekedésétől és az infláció mértékétől egyaránt függ. Amennyiben a reálbérek növekedése nem éri el az előre megállapított normát, a nyugdíjasokat nem kompenzálják teljes egészében az inflációért sem; amennyiben a reálbér-növekedés éppen a norma (a reformelképzelések szerint 1,5 százalék), a nyugdíjak nagyságát az inflációval növelik; és csak a norma feletti reálbér-növekedés esetén részesülnek a nyugdíjasok a növekedés pozitív hatásaiból.

A rendszer bevezetésére megfelelő átmeneti időszak után került sor. Az 1934 előtt születettek munkanyugdíját nem érinti a reform; ők továbbra is a régi szabályok szerint mehetnek nyugdíjba. 2000 után azonban az állampolgári alapnyugdíjat a már említett szabályok szerint képzett garantált nyugdíj váltja fel. Ezzel párhuzamosan a nyugdíjak adókedvezménye megszűnik. Az 1935 és 1953 között születettek nyugdíjuk egy részét a régi, egy másik részét az új szabályok szerint kapják (minden egyes 1934 utáni év után egyhuzaddal nő az új rendszer szerinti rész súlya a régi rovására); az 1954 után születettek már teljes egészében az új rendszer vonatkozik.

### *A szociális segélyezés*

*A rászorultsági alapú szociális segélyezés*, az úgynevezett szociális jóléti járadék szerepe a svéd jóléti rendszerben – annak alaptípusából következően – *csak kiegészítő jellegű*, de növekvő. A segélyezésre fordított összegek GDP-n belüli részesedése és a segélyben részesülők lakosságon belüli részaránya 1980–1986 között folyamatosan emelkedett, azután az évtized második felében átmenetileg csökkent; majd a kilencvenes években mindkét arány gyors és határozott növekedésnek indult. A jóléti állam reformja a segélyezés terén elsősorban nem konkrét jogi intézkedések formáját öltötte, hanem abban nyilvánult meg, hogy a rendszeren belül jelentősen megnövekedett a korábban viszonylag jelentéktelen szociális segélyezés szerepe, azzal párhuzamosan, hogy az institutionális modellre jellemző társadalombiztosítási és univerzalisztikus ellátásokkal szemben mind nagyobb szerep jut a rászorultságon alapuló ellátásoknak. A segélyek GDP-n belüli részesedése ennek ellenére még mindig meglehetősen alacsony: 1991-ben mindössze a GDP 0,4 százalékát, 1993-ban pedig 0,6 százalékát fordították erre a célra.

A segélyezést jelenleg az 1982. évi, a szociális szolgáltatásokról szóló törvény szabályozza. Ennek értelmében *az egyén segélyre jogosult, amennyiben a rendelkezésére álló források nem biztosítják számára az elfogadható szintű létfenntartást*. Ez olyan jogosultság, amelynek érvényesíthetőségéről a *helyi önkormányzat* feladata gondoskodni. Ez annyit jelent, hogy a *jogosultság konkrét feltételeit és a segélyek mértékét is az önkormányzatok határozhatják meg*, szabott keretek között. A helyi népjóléti bizottság feladata a segély odaítélése, amennyiben más módon az egyén elfogadható megélhetése nem biztosítható. Kézpénzsegélyek mellett természetbeni juttatások is adhatók. A segélyre való jogosultság szempontjából az állampolgárság nem feltétel. A jogosultság időtartama nem korlátozott: amíg a rászorultsági feltételek fennállnak, a segély folyósítható. A jogosultság érdemi előfeltétele a *szigorú eszköztesztnek* (jövedelem- és vagyonvizsgálatnak) való megfelelés mellett, hogy az egyén aktívan munkát keressen, azaz működjön együtt a munkaügyi központtal, emellett a többi jóléti támogatás igénybevételének lehetőségeit már ki kellett merítenie (illetve ezek nem állhatnak fenn). *A munkára való rendelkezésre állás* megkövetelése komoly feltétel. *Munkateszt* ugyanakkor *nincs*, a segély mellett elvben

lehet dolgozni (bár teljes munkaidőben végzett munka esetén a jövedelemteszt feltételei már aligha teljesülnek); a segély a megélhetést biztosító szintre egészíti ki a többi forrásból származó jövedelmet.

A *segélyezési egység* és az eszközvizsgálatnál figyelembe vett egység egyaránt a nukleáris család. Az élettársi kapcsolatban élőket gyakorlatilag a házassokkal azonos módon bírálják el. A szülőknek gyermekük 18 éves koráig eltartási kötelezettségük van; amennyiben a gyermek még középfokon tanul, ez a kötelezettség 21 éves korig is tarthat. A svédországi eszközteszt igen szigorú; mint *Eardley és szerzőtársai* [1996] megállapítják, az általuk vizsgált 24 OECD-ország közül a svéd eszközteszt (rászorultság-vizsgálat) talán a legátfogóbb: minden jövedelem beszámít, még a szociális segélyek is; a házastársnak, illetve élettársnak tartási kötelezettsége van; az esetleges lakástulajdon is figyelembe kell venni, feltéve, hogy a kliensnek reális lehetősége van máshova költözni.

Központi segélyezési normák<sup>15</sup> vannak, de ezek csak iránymutatóul szolgálnak; az önkormányzat pénzügyi helyzete és politikai összetétele egyaránt befolyásolhatja a segélyek mértékét (a segélyek általában annál magasabbak, minél nagyobb a szocialisták aránya az adott önkormányzatban). Egy, a szociális ügyintézők viselkedését vizsgáló, 1989-kilencvenes empirikus felvételekre épülő kutatás azt mutatta, hogy lakóhely szerint elég jelentős különbségek is lehetnek az azonos problémákkal küzdő igénylők számára megállapított segélyek mértékében (*Gustafsson és szerzőtársai* [1993]). A segélykérelmek elutasítása esetén a kérelmező a megyei közigazgatási bíróságnál fellebbezhet. E bíróság döntését mind a kérelmező, mind pedig a helyi népjóléti bizottság megtámadhatja a közigazgatási feljebbviteli bíróságon; ennek döntése ellen azonban már csak akkor lehet a legfelsőbb közigazgatási bírósághoz fordulni, ha az az esetet precedens értékűnek ítéli.

A segélyek a rájuk jogosultak közötti igénybevételi arányára (*take-up*) csak közelítő adatok állnak rendelkezésre; egyes számítások szerint a kilencvenes évek elején a háztartások 9-12 százalékának jövedelme mozgott a segélyezési normák alatt, miközben csak mintegy 6 százalékuk folyamodott segélyért. Ez a segélyhez tapadó *stigma* jelenlétére utal. A rendszert tömegesen, de általában csak rövid időre veszik igénybe; a segélyek tipikusan az oktatás és a munka közti átmenet megkönnyítésére, vagy a társadalombiztosítási juttatásokra való jogosultság megszerzése előtti időszak problémáinak enyhítésére, esetleg a válás okozta anyagi problémák átmeneti kezelésére szolgálnak.

A segélyek mértékének a szükségletekkel való összhangja, szociálpolitikai műszóval a segély adekvátsága csak nehezen állapítható meg a rendelkezésre álló adatokból. A segélyek ösztönzési hatásai több szempontból is kifogásolhatók: a jogosultsági szabályok a különválásra vagy a házasság felbontására ösztönözhetnek. Az 1992-es adóreform után az alacsonyabb jövedelműek kompenzálására a lakhatási támogatásokat megemelték; ez fokozta a segélyezési rendszer ellenősztönző hatásait. A segélyezési normákban érvényesülő implicit ekvivalenciaskálát is számos bíráló érte az utóbbi időben amiatt, hogy túlzottan kedvezményezi a nagyobb méretű (többgyerekes) háztartásokat. Empirikus felmérések (például *Svallfors* [1994]) tanúsága szerint a segélyezési rendszer lakossági megítélése kevésbé pozitív, mint a jóléti állam más programjaié; a megkérdezettek többsége inkább csökkentené, semmint növelné az erre fordított kiadásokat.

<sup>15</sup> Egy átlagos szintű lakáskiadásokkal szembesülő egyedülálló esetében a segélyezési norma nem éri el a teljes munkaidőben foglalkoztatottak által kapott legalacsonyabb bért, de az ellenősztönzési problémák ennek ellenére sem jelentéktelenek.



## Az egészségügyi ellátás

Az egészségügyi ellátás a svéd jóléti rendszer egyik fontos komponense: az ehhez való jog lakóhelytől és jövedelmi helyzetétől függetlenül mindenkit egyformán megillet. Az egészségügyi kiadások részesedése a GDP-n belül az 1960-as 4,7 százalékról 1980-ra megduplázódott, s azóta csak kismértékben csökkent. Ugyanakkor a táppénzkiadással együtt számított egészségügyi kiadások az 1970-es 9,5 százalékról mára mintegy 14 százalékra nőttek; ezen belül a táppénzkiadások növekedési üteme meghaladta az egészségügyi kiadásokét. Ez a rendszer alkalmas arra, hogy meglehetősen *egyenlő hozzáférést* biztosítson egy magas színvonalú ellátáshoz, de egyfelől *túlzottan költséges* (az egészségügyi kiadások GDP-n belüli súlya alapján Svédország a fejlett országok között a negyedik, az egy főre jutó egészségügyi kiadások abszolút nagysága alapján pedig a világon a harmadik helyet foglalja el<sup>16</sup>), másfelől *nem mentes ösztönzési problémáktól* sem.

## 3. táblázat

A teljes egészségügyi kiadás és az egészségügyre fordított közkiadások a GDP százalékában

Megnevezés	Teljes egészségügyi kiadás				Egészségügyre fordított közkiadás			
	1960	1970	1980	1990	1960	1970	1980	1990
Svédország	4,7	7,2	9,4	8,6	3,4	6,2	8,7	7,8
OECD	4,2	5,8	7,2	7,7	2,5	4,3	5,5	5,8

Forrás: OECD [1996].

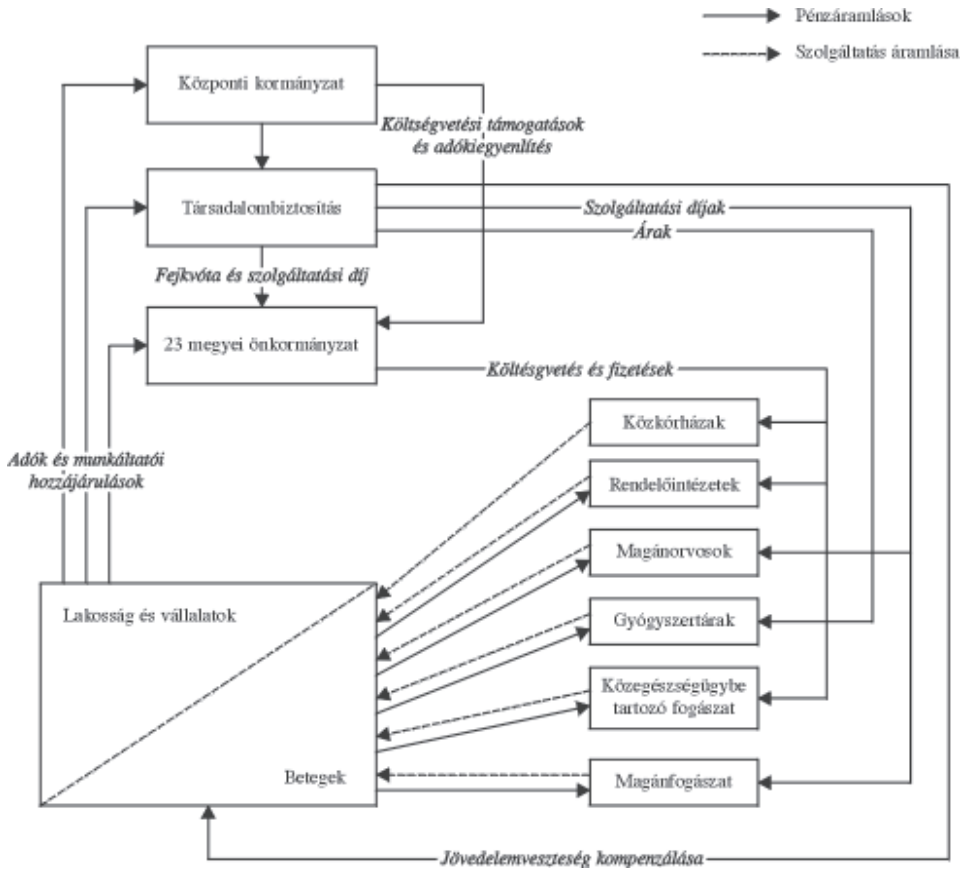
Az egészségügyi ellátás szabályozásában és részben finanszírozásában is fontos szerepe van a *központi kormánzatnak* és a *társadalombiztosításnak*, az ellátásban a döntő rész azonban a *megyei önkormányzatoké*. A megyék mellett (növekvő mértékben) szerepet játszanak a *helyi önkormányzatok* is. A *társadalombiztosítás és a központi kormánzat elkülönülése nem különösebben erős* (a címkézett adóként tekinthető munkáltatói és munkavállalói befizetések mellett a költségvetés közvetlenül is köteles fedezni bizonyos társadalombiztosítási kiadásokat – azaz a tb költségvetési támogatást is kap), éppen ezért a szakirodalmi források egy része a *társadalombiztosítást kvázikormányzservként* (ügynökségként) *tekinti*. A helyzetet az is bonyolítja, hogy az egészségügyi célokra a központi kormánzat által a megyei önkormányzatoknak adott támogatásokat is gyakran az egészségbiztosítási rendszer kiadásaként, illetve költségeként értelmezik. A rendszer felépítését, a kormányzati szintek és a szolgáltatók közti pénz- és szolgáltatásáramlásokat szemlélteti az *1. ábra*. Az egészségügy közfinanszírozásának, illetve a megyék kiemelt szerepének az egészségügyi ellátásban hosszú hagyománya van Svédországban. A közpénzekből (az állam által) fizetett körorvosok intézménye több mint 300 éves múltra tekint vissza. A megyei önkormányzati rendszer pedig kialakítása (1864) óta felelős egyes egészségügyi feladatok ellátásáért. Eleinte csak a kórházak tartoztak erre a szintre, de az idő múlásával a megye fokozatosan mind több egészségügyi feladatot kapott.

Az 1960-as években erre az igazgatási szintre telepítették a körzeti orvosi ellátásért való felelősséget, később a pszichiátriai intézmények fenntartását, majd ide került a

<sup>16</sup> Az idősgondozási intézmények közül az önkormányzati intézmények kiadásai nem szerepelnek az egészségügyön belül; az elmeigondozás 1985 óta ugyancsak nem itt szerepel. Ha az átlagot az egy főre jutó GDP-vel súlyozva számítjuk, Svédország már közelebb kerül az OECD-átlaghoz; ha pedig a konstrukció eltéréseiből fakadó különbségeket is kiszűrjük, ez valamelyest tovább enyhíti a svéd egészségügyi kiadások kiugró jellegét.



1. ábra  
A svéd egészségügyi rendszer



Forrás: OECD [1996] 267. o.

járóbeteg-szakellátás is; a nyolcvanas évek elejétől pedig már a kutató és oktató kórházak is erre a szintre tartoznak. Az 1983-as egészségügyi törvény megerősítette, hogy az *egészségügyi ellátás elsődlegesen megyei feladat*.

Magának az *egészségügyi ellátásnak a finanszírozása* alapvetően a megyei önkormányzatok által kivetett és szedett adókból történik: 1989-ben ezek fedezték az egészségügy költségeinek mintegy 70 százalékát, a központi támogatások a kiadások mintegy 19 százalékát; a fogyasztók közvetlen hozzájárulása (co-paymentek: a rendelés felkeresése esetén fizetendő térítési díj, a gyógyszerek saját zsebből fizetett része stb.) pedig a kiadások mintegy 11 százalékát. Ez utóbbiak részesedése fokozatosan – bár kismértékben – nőtt az utóbbi időben, és a járóbeteg-ellátásban mind jelentősebb. Ugyanakkor a kórházi kezelés alapvetően közösségileg finanszírozott maradt.

Az *egészségügyi magánszektor* szerepe meglehetősen jelentéktelen, bár kétségkívül bővülőben van. Az orvosok mindössze 8 százaléka dolgozik teljes munkaidőben a magánszektorban (elsősorban munkahelyi rendelőkben); ám a közösségi szektorban foglalkoztatott orvosok mind nagyobb része folytat főállása mellett (munkaideje után) ma-

gánpraxist. A fogászati kezelésekre és gyógyszerekre fordított kiadások nélkül a magánegészségügy (magánorvosok, magánkórházak, magán-gondozóintézetek) kiadásai a teljes egészségügyi kiadások mindössze 4 százalékára rúgtak. Azonban e kiadások mintegy 85 százalékát is a megyei önkormányzat finanszírozza. Az *egészségügyi magánbiztosítások* – bár létezésük jogi feltételei már hosszú ideje biztosítva voltak – szerepe is marginális.

A közösségi szektorba tartozó egészségügyi szolgáltatók érdekeltségi rendszere Svédországban hagyományosan gyenge. Mind a járóbeteg-ellátásban, mind a kórházi finanszírozásban a hagyományos bázisszempléetű költségvetési tervezés volt az uralkodó. A nyolcvanas évek eleje óta fontos lépéseket tettek a felelősebb, költségtudatosabb gazdálkodás eléréseért.

A költségek meghatározott keretek között tartásának minden egészségügyi rendszerben fontos eszköze a gyógyszerfelhasználás bizonyos korlátozása, az egészségbiztosítás által térítendő gyógyszerek körének szabályozása. Svédországban a gyógyszerfelírás szigorú kormányzati ellenőrzés alatt áll. A regisztrált (visszatérítésre jogosító) készítmények száma mintegy 3000. 1993-tól a betegnek lehetősége van az adott gyógyszer-típusból a felírásra általában ajánlottnál drágább gyógyszert is választani, amennyiben megfizeti a különbséget. A gyógyszerek költségei 1990-ben az egészségügyi költségek 9,5 százalékát tették ki. A beteg által viselt térítési díj kettős értelemben is maximált: egyfelől minden egyes vényen szereplő első gyógyszerért maximum 120 svéd korona fizetethető a többiért pedig 10 svéd korona. Másfelől annyiban is maximált az egyéni teherviselés, hogy a beteg által térítendő (gyógyszerekre és az orvosi ellátásra együttesen fizetendő) összeg az adott évben nem haladhat meg egy plafont (1600 svéd korona); e fölött már minden további gyógyszer, illetve kezelés igénybevétele teljesen ingyenes (OECD [1996]). A kombinált térítési díjakra vonatkozó felső korlát viszonylagos alacsonyysága biztosítja, hogy anyagi okból senki se rekedjen kívül az egészségügyi ellátáson.

A betegek – a túlzott felhasználás elkerülésére – a járóbeteg-ellátásban is (megyei szinten megállapított mértékű) térítési díjat kötelesek fizetni. A kilencvenes évtized első felében mintegy 100 svéd korona volt a járóbeteg-rendelés felkeresése esetén a beteg által fizetendő térítési díj. A biztosítási rendszer a magánorvosi vizitek díjának részleges társadalombiztosítási térítését is lehetővé teszi, de ebben az esetben mintegy kétszeres a beteg által fizetendő térítési díj. Sürgősségi kórházi járóbeteg-ellátás igénybevétele esetén magasabb, de még mindig nem eléggé visszatartó erejű térítési díjat (250 svéd koronát) számítanak fel. Az ilyen díjak viszonylagos alacsonyysága garantálja a széles körű hozzáférést, annyiban viszont problémát rejt magában, hogy sokszor az egyszerűbb eseteket sem tartja vissza a magasabb ellátási szintre való „felcsúszástól”.

Egy ilyen, az effektív költségtől, illetve piaci ártól messze elmaradó nominális díjjal dolgozó rendszerben egyfelől a fogyasztók választási szabadsága sérül, másfelől óhatatlanul bizonyos hiányjelenségek is megjelennek (vö. *Kornai* [1980]). Ezek közül az egészségügyben nemzetközileg leginkább a sorban állás, a várólisták megjelenése, növekvő hossza jellemző. Ez sok országban a korrupció, az egészségügyi csúszópénzek megjelenésével is együtt jár. Svédország nagymértékben mentes tudott maradni a korrupció megjelenésétől: a várólisták azonban itt is jól ismertek.

**Reformlépések.** Az egészségügyi reformok célja, hogy felszámolják a svéd egészségügyi rendszer főbb hiányosságait, így különösen

- az egészségügyi és a szociális ellátás, az egészségbiztosítás, az elsődleges és a kórházi ellátás közti nem megfelelő integrációt;
- az elsődleges ellátás gyenge „kapuőrző” szerepét (a kórházi szintre való túlzott mértékű „felcsúszást”);
- az ország bizonyos területein fellépő körzeti orvos-hiányt;

- az egészségügyi ellátás igénybevételében megfigyelhető indokolatlan eltéréseket;
- a várólistákat;
- a betegek választási lehetőségei korlátozottságát;
- az egészségügyi dolgozók gyenge ösztönözöttségét a termelékenység és hatékonyság javítására.

Általánosan elfogadott, hogy a reformnak az elért egészségügyi eredmények veszélyeztetése nélkül kell előremozdítania az egyéni választás nagyobb szabadságát, a társadalmi erőforrások jobb hasznosítását a szektorban, a nagyobb hatékonyságot, a fokozottabb versenyt, a finanszírozás méltányosságát és a demokratikus ellenőrzést.

A rendszer fejlődése már a hatvanas évektől a *decentralizáció* irányába mutat. A nyolcvanas évek eleje óta fokozatosan az olyan reformlépésekre tevődött át a hangsúly, amelyek a *költségtudatosság* fokozását, a rendszer *hatékonyságának* javítását, a pazarlás csökkentését szolgálták. A nyolcvanas évek első felében a költségek visszafogása és a racionálisabb gazdálkodás felé vezető fontos lépés volt az az egyes megyékben bevezetett intézkedés, ami a *kórházi osztályok önálló gazdálkodását* tette lehetővé. Bár ez a rendszer elősegítette a költségek korlátok közé szorítását, önmagában még nem volt elégséges a felelős gazdálkodáshoz, ugyanis az intézmények egyes részlegei nem fizettek egymásnak a másiktól rendelt szolgáltatásokért. Ezt a pazarlásforrást 1992-ben egyes megyékben sikeresen megszüntették, amikor a nagyobb kórházakban *belső költségelszámolási rendszert* vezettek be.

A svéd egészségügyi rendszerben, mivel a kiadások nagy részét a saját költségvetésükről autonóm módon döntő önkormányzatok fedezik, a központi kormányzatnak csak közvetve, a szabályozás megfelelő változtatásával van lehetősége a *költségek korlátok közé szorítására*. Ennek egyik legfontosabb eszköze volt a parlament által 1988-ban elfogadott és 1990-től 1992-ig bevezetett helyi (majd 1993-ra is kiterjesztett) *adókorlátozás*: a megyék és a helyi önkormányzatok adókulcsait központilag befagyasztották. Mivel az egészségügy finanszírozásában az ezekből fakadó bevételek fontos szerepet játszanak, ez termelékenység- és a hatékonyságnövelési kényszerhez vezetett a szektorban.

A rendszer hatékonyságának fokozását szolgáló további fontos reformlépés volt az úgynevezett *ellátási (kezelési) garancia* bevezetése: 1992 januárjában a központi kormány és a megyei önkormányzatok szövetsége megállapodott egy olyan garanciában, aminek segítségével a korábban akár nagyon hosszúra is elnyúló várólistákat ésszerű korlátok közé lehetett szorítani. A garancia értelmében a diagnosztikai vizsgálatokra vagy a kilenc kezelési csoport bármelyikébe tarozó kezelésekre, műtétekre előjegyzett páciensek vizsgálatára vagy kezelésére három hónapon belül sort kell keríteni. Amennyiben ez az illetékes kórház az adott időkereten belül nem képes elvégezni, a páciensnek a garancia értelmében lehetőséget kell adni, hogy a kezelést egy másik (köz- vagy magán-) kórházban kapja meg, késlekedés nélkül. Átmenetileg a többletköltségek finanszírozására a kormány egy külön támogatási keretet különített el. Hosszabb távon azonban a megye kénytelen lesz maga viselni a soron kívüli kezelés költségét, így e garancia rákényszeríti a fenntartó megyei önkormányzatokat, hogy olyan lépéseket fogjanak meg, amelyek hatására a kórházak képesek az előírt területeken három hónap alá szorítani a várakozási időt.

A *decentralizáció* is tovább folytatódik, de most már a helyi szint kerül a folyamat előterébe: 1992 januárjától az idősek és a rokkantak krónikus ellátása teljes egészében helyi önkormányzati feladattá vált. 1992-től arra is lehetőség nyílik, hogy az erre hajlandó helyi önkormányzatok akár teljes egészében átvegyék a megyétől az elsődleges ellátást: kísérleti alapon öt önkormányzat ezt rögtön meg is tette.

A kilencvenes évek elején az egészségügyi szolgáltatások iránti növekvő kereslet és a szűkülő költségvetési lehetőségek közti ellentmondás feloldására számos megyében új-

szerű kvázipiaci modelleket vezettek be. E modellek közös eleme az egészségügyi szolgáltatások nyújtásának és finanszírozásának szétválasztása, az egyes egészségügyi körzetekbe történő erőforrás-allokáció normatív (a lakosság – népességszám, korstruktúra és más szocioökonómiai változók által számszerűsített – szükségleteitől függő) rendje, valamint a verseny bevezetése a kórházi szolgáltatások piacán.

A legismertebb ilyen kísérlet az úgynevezett *stockholmi modell*. Az 1992 januárjával a stockholmi megyei önkormányzat által kísérletképpen bevezetett rendszerben belső piacot hoztak létre a kórházi szolgáltatásokra. Ezen a piacon a vevők szerepét az egyes helyi egészségügyi körzetek játsszák, amelyek normatív úton meghatározott költségvetésükből lakosságuk számára egészségügyi szolgáltatásokat vásárolnak a szolgáltatóktól, és teljesítményük szerint fizetik a szolgáltató kórházakat. A teljesítmények mérésére az akut szomatikus ellátásban az úgynevezett homogén betegségcsoportok szolgálnak, a többi szolgáltatásra más objektív teljesítménymutatókat vezetnek be. A betegek a körzethatáron kívül is (megyén belülről) szabadon választhatnak általános orvost, egészségügyi rendelőt és kórházat; akár a magánszektorból is (kihelyezési lehetőség). Az akut szomatikus kórházak bevételei néhány speciális tétel kivételével teljes egészében a helyi egészségügyi körzeteknek eladott szolgáltatásaikból származnak. Az árakat a megye szabályozza, felső korlátokkal. A kórházaknak és a helyi egészségügyi körzeteknek évről évre újra meg kell állapodniuk minden fontosabb kérdéstről. Az egyes részlegek között belső elszámolási rendszer lép életbe, és a részlegek anyakórházukon kívülről is rendelhetnek szolgáltatásokat. Speciális átmeneti „párnázó” szabályok tették lehetővé, hogy az egyes kórházaknak csak fokozatosan kelljen teljes mértékben szembesülniük a homogén betegségcsoportok szerinti finanszírozás hatásaival.

### Következtetések

A fentiekben bemutattam, hogy a hagyományosan rendkívül kiterjedt és bőkezű svéd jóléti állam fenntartása a mind szorosabban integrálódó nemzetközi munkamegosztási rendszerben – a részben épp e rendszer sajátosságai által is generált gazdasági stagnálás körülményei között – olyan súlyos költségvetési terhekkel és olyan negatív ösztönzési hatásokkal járt, amelyek elengedhetetlenné tették e rendszer reformját. Ezek a reformok adócsökkentésekkel párhuzamosan elsősorban a pénzbeli társadalmi juttatások (például a táppénz- és a nyugdíjrendszer) reformjára koncentráltak. A reformok egyfelől kiadáscsökkentő hatásúak voltak, másfelől törekedtek az egyes alrendszerek önfinanszírozó jellegének erősítésére, az egyes alrendszerekben keletkező deficittek központi költségvetésre való áthárításának korlátozására. Az intézkedések a korábban erős ellenőztető hatások csökkentésére is törekedtek. A reformok ugyanakkor csak kevésbé érintették a szélesebb értelemben vett svéd jóléti állam szolgáltatásintenzív jellegét. Ennek ellenére a jóléti szolgáltatási szférában is – elsősorban is az egészségügyben – sor került olyan kvázipiaci jellegű reformokra, amelyek a pazarlás megszüntetését, a túlzott felhasználás csökkentését szolgálták, illetve a versenyt fokozták s ezen keresztül a rendszer hatékonyságát javították.

A svéd szociálpolitika az elmúlt évtizedben lezajlott irányváltása, a sokszor drámai változások ugyan kétségkívül jelentősek és mélyrehatók voltak, de a svéd jóléti rendszer a *szociáldemokrata-institucionális* típusba történő besorolásának érvényességét *ma még* nem borítják fel, noha *korábbi önmagához képest* a svéd modell kétségkívül számottevően elmozdult a liberális modell irányába. Bár a kilencvenes évek reformjai kétségkívül új fejezetet jelentenek a svéd jóléti rendszer történetében, a jóléti állam végét, lebomlását vagy összeomlását emlegetni egyelőre mégsem indokolt. A korábban elért alapvető szo-

ciális jogok ugyanis a reformok hatására sem sérültek; s noha a jóléti rendszerrel való visszaélés lehetőségei és az ellenőrzőhatások jelentősen szűkültek, és a költségek növekedését is megfékeztek, a jóléti rendszer továbbra is képes arra, hogy szükséghelyzetekben széles körben elfogadható megélhetést biztosítson.<sup>17</sup>

A rendszer átszabása miatt számos területen (például a munkanélküli-segély esetén) a takarékosagra és kiadáscsökkenésre törekvés ellenére is bővült az ellátások által elért kör, vagy pedig (például a szülői, gyermekgondozási ellátások esetén) az ellátások színvonala lett az elmúlt két évtized fejlődésének betudhatóan lényegesen bőkezűbb, mint a jóléti rendszer válságától még messzemenően érintetlen hetvenes években. A változások során mindvégig meg lehetett figyelni, hogy a jóléti programok zömének széles körű lakossági támogatottsága és a parlamenti demokrácia körülményei visszatartanak a drasztikusabb reformlépésektől. A foglalkoztatási szerkezet és a munkaerőpiac változásai (például a női foglalkoztatás, a közösségi szektorban és a szolgáltatások terén foglalkoztatottak bővülése és az alkalmazottak arányának növekedése a „kékgalléros” munkásokhoz képest) hatására megváltoztak, differenciálódtak a jóléti állammal szemben támasztott igények, megváltozott a jóléti állam politikai támogatóinak összetétele; s a reformok során e megváltozott igényekhez is alkalmazkodni kell. Mindez a szolgáltatások fokozatos differenciálódásában ölt leginkább testet. *Valójában tehát inkább a jóléti állam a kor igényeihez való igazításáról, nem pedig felszámolásáról van szó.*

Ezt a mérsékelt álláspontot szélesebb körben, az egész észak-európai jóléti modellre vonatkozóan megerősíti például Stephens [1996] is (55–56. o.), amikor arra a kérdésre keresi a választ, hogy vajon a mindenütt érzékelhető visszafogások mennyiségi vagy minőségi változást jelentenek-e: „(...) a jogosultsági feltételek számos program esetében szigorodtak mind a négy országban, és Norvégia kivételével a főbb transzferprogramok esetén a jövedelempótlási ráták jelentős csökkenése is megfigyelhető volt. Némi elmozdulás történt a magánszolgáltatók szerepének erősödése javára a jóléti szolgáltatások terén, de *a közösségi finanszírozás keretein belül maradva. Nehéz lenne azonban azt állítani, hogy ezek a változások a rendszer alapvető változását jelentenek.*” (Az én kiemelésem – S. A.) A közszolgáltatási privatizáció korlátozott volta ugyanezt az álláspontot támasztja alá. Az utóbbi idők reformjai azt azonban mindenesetre egyértelműen demonstrálják, hogy áttevődtek a jóléti politika hangsúlyai: hangsúlyosabbá vált a munkaerő képzése és mobilitásának növelése, miközben a dekommodifikáció háttérbe szorult. A bemutatott változások értelmezhetők visszalépésként is a korábbi ambiciózus újraelosztási céloktól, bár kérdéses, hogy az alacsonyabb jövedelempótlási arányok bevezetése vagy a bérhez kötött juttatásoknál a biztosítható jövedelemp plafon leszállítása feltétlenül az újraelosztás alacsonyabb szintjéhez vezetnek-e; Stephens például amellet érvel, hogy a reformok tényleges hatása az újraelosztás mértékére meglehetősen szerény lesz.

### Hivatkozások

- BLATT, C. [1993]: The Rise and Fall of the Swedish Model. The employer, november, 23–27. o.  
 CALMFORS, L. [1993]: Lessons from the Macroeconomic Experience of Sweden. European Journal of Political Economy, Vol. 9, no. 1, március.  
 EARDLEY, T.–BRADSHAW, J.–DITCH, J.–GOUGH, I.–WHITEFORD, P. [1996]: Social Assistance in OECD Countries: Country Reports. Department of Social Security Research Report 47, HMSO, London.

<sup>17</sup> Mint Freeman és szerzőtársai [1995] írják: „Svédország olyan széles szociális védőhálóval és olyan magas jóléti kiadásokkal rendelkezik, ami lehetővé teszi, hogy a jóléti áramot anélkül zsugorítsák össze, hogy az amerikai típusú szegénység kockázatától kellene tartani.(...) Svédország a szegénységi fronton elért sikerei megőrzése mellett is legyőzheti problémáit.” (31. o.)

- EKLUND, K.–LINDBECK, A.–PERSSON, M.–SÖDERSTRÖM, H. T.–VIOTTI, S. [1993]: Swedens Economic Crisis. Diagnosis and Cure, SNS Economic Policy Group Occasional Paper, No. 42.
- FREEMAN, R. B.–SWEDENBORG, B.–TOPEL, R. [1995]: Economic Troubles in Swedens Welfare State – Introduction, summary and conclusions. NBER/SNS Project Occasional Paper, No. 69.
- GUSTAFSSON, B.–HYDEN, L.–SALONEN, T. [1993]: Decision-making on social assistance in major cities in Sweden. Scandinavian Journal of Social Welfare, 2. sz.
- HENREKSON, M.–HULTKRANTZ, L.–STÄHL, I.–SÖDERSTRÖM H. T.–SÖDERSTRÖM, L. [1994]: The Crisis of the Swedish Welfare State. SNS Economic Policy Group Occasional Paper, No. 55
- JOHNSSON, H.-I. [1995]: Spotlight on Sweden. The Swedish Institute, Stockholm.
- KORNAI JÁNOS [1980]: A hiány. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- MINISTERIE VAN SOZIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEIT [1995]: Unemployment Benefits and Social Assistance in Seven European countries. A comparative study. Ministerie van Soziale Zaken en Werkgelegenheit, No. 10, Hága.
- OECD [1996]: The Reform of the Health Care System. A Review of 17 Countries, OECD, Párizs.
- OLSSON, S. E. [1993]: Models and Countries – the Swedish Social Policy Model in Perspective. Megjelent: *Olsson, S. E.–Hanssen, H.–Eriksson I.* (ESO) Social Security in Sweden and Other European Countries – Three Essays. Finansdepartementet, Stockholm.
- SCHERMAN, K. G. [1995]: The current situation in the Swedish economy and the process for renewal in the social security. Kézirat, Stockholm.
- STÄHLBERG, A.- C. [1995]: Pension reform in Sweden. Scandinavian Journal of Social Welfare, 4. sz.
- STEPHENS, J. D. [1996]: The Scandinavian Welfare States: Achievements, Crisis, and Prospects. Megjelent: *G. Esping-Andersen* (szerk.): Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies. SAGE Publications, London-Thousand Oaks-New Delhi, 32–65. o.
- SVALLFORS, S. [1994]: The end of class politics? Structural cleavages and attitudes to Swedish welfare policies. Konferenciaelőadás. Sixth International Conference on Socio-Economics, Párizs.
- WORKING GROUP ON PENSIONS [1994]: Pension Reform in Sweden: a short summary. Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm.