

Szociális ellátórendszer az Európai Unióban

Liberális jóléti politika – Anglia

Az angol jóléti politikában **Tony Blair** kormánya hozott változásokat, amely az 1990-es évek első felétől **Anthony Giddens** híres tanácsadója által konstruált „harmadik út” nevű koncepciót vezette be. Ez a harmadik út – definíciója szerint – kisebb részben követi, nagyobb részben szakít a Thatcher-i jóléti filozófiával, ám majd a részletesebb elemzés után bebizonyosodik, hogy a neokonzervatív ideológia számos komponense organikusan kapcsolódik hozzá, **ezért is elemezzük ezt a rendszert a liberális jóléti politikák keretében.** Erre utal az a giddens-i tézis is, hogy „lehet tisztességes üzletet kötni a tőkével. Lehet, és kellene olyan szabályozásokat hozni és alkalmazni, amelyek a globálisan működő vállalatokat az egyes államok társadalmi céljainak, sőt elvárásainak figyelembe vételére készítik.” (Füzes 2005) Ez a harmadik út teóriájának egyik kardinális eleme, és egyben a legvitatottabb is – sok társadalomtudós szerint pontosan ezen engedmény miatt fog a harmadik utas politika megbukni. Sőt, egyesek már temetik is a giddens-i filozófiát: „közhely ma már, hogy ez a politika (mármost a giddens-i – J. Gy.) inkább egy soft-Thatcher, mint Harmadik Út. Elemei – természetesen – megmaradtak, másképp nem is lehetne eladni, de az a ragyogó rendszer, amivel Giddens felpolirozta a szocdem kapitalizmus-menedzselését, felvizeződött, és talán már le is tűnt: mert eredeti formájában – ha nem egészében – keresztülvihetetlennek bizonyult.” (Almásiné é. n.)

De lássuk a részleteket!

A harmadik út elméleti kiindulópontja az, hogy a kommunista rezsim széthullása után egyértelműen bebizonyosodott, hogy a kommunista ideológia megvalósíthatatlan, embertelen, a társadalmi viszonyoktól teljesen idegen. A kapitalista termelési forma áll a legközelebb a megvalósítható demokratikus struktúrákhoz, azonban a tőkés piacgazdaság számos igazságtalan, egyenlőtlenséget implikáló mechanizmust rejt magába, ezért nem kell kizárólagosan ragaszkodni sem a piaci viszonyokhoz, sem a kommunista elvekhez. Nem csak ez a két út létezik, hanem a két útnak egy speciális kombinációját kell kidolgozni: ez lenne – elvileg – a harmadik út.

A harmadik út eszmerendszere szerint a kapitalizmust nem kell, illetve nem szabad eltörölni, hanem állami intervenciókkal kell azt „megszelídíteni”, **mert a kapitalizmusnak nincs alternatívája;** a piac káros mechanizmusait kormányzati úton kell korrigálni. Az állami intervenciónak azonban nem szabad domináns funkciókat tulajdonítani, annak nem lehet felülkerekednie a piac által teremtett szabályokon, a tőkés berendezkedés hegemoniáját meg kell őrizni. Ez az intervenció már más jellegű, mások a céljai, mint a korai jóléti politikák rendszerében volt. **Ugyanis** – és Giddens ehhez mindvégig ragaszkodik – **a klasszikus jóléti struktúrákat nem kell eltörölni, csak az átalakult, globalizálódott**

viszonyokhoz kell igazítani, aszerint kell reformálni (Giddens 2005). Az újkapitalizmus egészen új, megváltozott viszonyokat teremtett, ezért a jóléti politikának ehhez szükségképpen alkalmazkodnia kell. Számára az újkapitalizmus akceptálása annyit jelent, hogy az általa kínált lehetőségeket kiaknázza és felerősíti az állami intézményrendszer eszközeivel, míg hátrányait jóléti politikával semlegesíti, vagy legalábbis mérsékli. Más szavakkal: az államnak csak a legcsekélyebb mértékben kell beavatkoznia a piaci processzusokba, helyette inkább a **lehetőségek újraelosztásra** kell koncentrálnia. A kormánynak nem szükséges, sőt nem is feladata a redisztribúciós csatornákon keresztül segíteni a rászorultak csoportját, hiszen ezzel ezt nem is tudja elérni. Sokkal inkább a már meglévő humán erőforrásokat (motiváció, tudás, vállalkozó kedv stb.) kell támogatni, azok kibontakozását kell jogszabályok által elősegíteni. Látható, hogy ebben a struktúrában „a nincstelenek gazdasági támogatásának koncepcióját fel kell váltani az önmagát kibontakoztató egyén koncepciójával... az egyén és a kormány közötti szerződés módosul, mivel lényegi elemmé az autonómia és az önfejlesztés – az egyéni felelősség kiterjesztésének eszköze – válik.” (Giddens 1998: 128, 194)

Giddens **kismértékben elismeri**, hogy a társadalmat érintő legfontosabb problémák (szegénység, deviancia, munkanélküliség stb.) kialakulásáért a gazdasági és politikai rendszer a felelős, de emellett felhívja a figyelmet (és inkább erre helyezi a hangsúlyt) az individuális magyarázatokra is – a két tényezővel **együttesen** értelmezhetőek a szociális gondok meglete. Ezért a felmerülő társadalmi feszültségeket úgy lehet adekvát módon megoldani, ha az állam, a globálissá vált piac és az egyén (még pontosabban: a civil szféra) közös összefogásában gondolkodunk. Az állam motiválja (bizonyos esetekben anyagi segítséggel is, **de leginkább** jogszabályok útján) a személyt, hogy a rendelkezésére álló erejével, természetes erőforrásai igénybevételével reintegrálódjon; például, a kormányzati intézkedések támogassák a munkanélküli személyt aktív foglalkoztatáspolitikai eszközökkel, hogy visszatérjen a munka világába és ne szoruljon segélyre, hogy a munkanélküliség ne reprodukálódjon a családban. A harmadik út paradigmája szerint a munkanélküliséggel járó társadalmi stigmatizálás inkább előnyös, mint kártékony, mert ez a megbélyegzett állapot visszakényszeríti az egyént a munkaerő-piacra. A munkanélküliséghez tapadó dichotóm megítélés (érdemes-érdemtelen) ellen tehát nem szükséges kormányzati beavatkozásokat sürgetni.

Harasztosi szerint e logika azonban „kibicsaklik”, amint kicsit mélyebben végiggondoljuk, ugyanis „a munkanélküli juttatásokat és egyéb kedvezményeket ahhoz a feltételhez kötik, hogy a leendő munkavállalónak mindenféle tovább- és átképzőprogramokon kell részt vennie, el kell indulnia a Munkaügyi Hivatalok útvesztőiben, ami sok hasznos dologtól elveszi az idejét, a **sikeressége pedig egyáltalán nem garantált** (kiemelés – J. Gy.). Mindehhez csatlakozik ugyanis az a gondolat, amely felteszi, hogy tudjuk, mivel lehet piacképesé tenni a munkást, továbbá, hogy a keresleti oldallal minden rendben van, csak össze kell pároztatni a kínálattal, kicsit segítve az utóbbit. Ilyen politika, hogy tartós munkanélkülit foglalkoztató munkaadó pénzbeli juttatásban, vagy engedményben részesül. Így a program részeként a munkás tapasztalatot szerezhet, de nem egyenrangú piaci szereplőként; ugyanúgy stigmát visel tehát, mint korábban, csak most a munkapiacra, és nem azon kívül.” (Harasztosi 2002)

Mint fentebb említettük, a harmadik út koncepciójában az állam összefog a civil szektor tagjaival a szociális problémák kezelése céljából. Ez a mechanizmus – Giddens szerint – garantálja, hogy az állam nem fogja korlátozni az egyéni autonómiát, valamint azt is, hogy a civil szférából származó igények megismerésével a kormányzat adekvát támogatást képes nyújtani megfelelő helyekre. Ezáltal az állam rendelkezésére álló források a leg-sürgetőbb problémákat oldják meg. Ahhoz, hogy az ehhez szükséges anyagi háttérrel biztosítsák, a redistribúció csatornáit át kell strukturálni a harmadik utas politika elvei szerint. Ez azt jelenti, hogy progresszív adórendszer által a gazdagabb társadalmi rétegek hozzájárulnak a szociális gondok megfékezéséhez (persze alacsonyabb mértékben, mint a keynesiánus jóléti modellben); nemcsak a **forrásokat**, hanem a **kockázatokat** is igazságosabban osztják szét a társadalom aktorai között. Arról nem is beszélve, hogy a szubszidiaritás elve így még hatékonyabban érvényesül, amely ennek a politikának organikus eleme.

A civil szervezetek erősítésének Angliában már szinte hagyománya van, ezért nem jelent különösebb problémát az, hogy őket is bevonják a szociális kérdések kezelésébe. A tapasztalatok azt mutatják, hogy ezen a területen figyelemre méltó sikereket értek el. Csak 1950 és 1990 között többszörösére nőtt az önkéntes munkavégzés (ide főként önszervező köröket, valamint környezetvédő mozgalmakat sorolhatunk) Angliában – a XXI. század elejére a lakosság közel tíz százaléka vette ki részét ebből a munkából. Az önkéntes munkavégzés azt jelenti, hogy hetente legalább egyszer részt vesz az érintett személy meghatározott társadalmi munka elvégzésében. 1991-ben 140 ezer jótékonyági egyesület működött.

A harmadik út egy másik fontos és érdekes szegmense az úgynevezett „**szociális vállalkozások**” intézményesítése. A szociális vállalkozásoknak több típusa van, az egyik ilyen formája a szolgáltatási hitelekkel származtatható. Ennek lényege, hogy ha például egy munkanélküli személy (de persze munkajogviszonnyal rendelkező egyének is ide tartozhatnak) valamilyen társadalmi munkát vállal adott non-profit szervezetnél, akkor azért nem pénzt kap, hanem úgynevezett idő dollárt (time dollar) a ledolgozott munkaidő arányában. Ez az idő dollár felhalmozható és beváltható társadalombiztosítási-, egészségügyi ellátásra, vagy akár tandíjat is fizethetnek vele (Angliában mindenkinek kell tandíjat fizetni jövedelemtől függően). A civil szektor ezáltal mentesül a jövedelmek kifizetésétől, kiadásai egyre csökkennek (képes felhalmozni és megerősödni), és olyan non-profit szervezetek is fejlődhetnek, amelyek kevés anyagi forrással rendelkeznek. Az államnak ebben a struktúrában kizárólag annyi a feladata, hogy erősítse a vállalkozói kultúra terjedését, vállalkozóbarát környezetet teremtsen, valamint az idő dollár intézményét törvényileg elfogadja. Ezáltal az állam indirekt módon avatkozik be a szociális problémák kezelésébe, és az egyéni autonómia sem sérül. A vállalkozások támogatása tehát a piaci viszonyokat erősíti, míg az idő dollár intézményének bevezetése az állam feladata – látható, állam és civil társadalom egymást kiegészítheti, kölcsönös együttműködése által a társadalmi jólét növelhető. A harmadik utas politika szerint csak a felelősségtudatos vállalkozás, a szolidaritás és az adekvát redistribúció által érhető el a jólét. Ezt Giddens azonban már nem jóléti államnak, hanem **jóléti társadalomnak** nevezi, azért, mert ebben a vonatkozásban nem az állam a hangsúlyos, hanem a társadalom.

Továbbá, az államnak a vállalkozások fejlesztésénél különösen oda kell figyelnie a **családbarát munkahelyek** támogatására. Eszerint az államnak olyan munkavédelmi-, és foglalkoztatáspolitikai jogszabályokat kell alkotnia, amelyek elősegítik és erősítik a családon belüli kapcsolatokat és a gyermekek szocializációját. Jóléti politika keretében olyan kötelező törvényeket kell hatályba léptetni, amelyek garantálják a gyermekgondozást és a munkába való visszaállást, így a demográfiai folyamatok is kiszámíthatóbbak lesznek.

A harmadik utas filozófia figyelemre méltó hangsúlyt helyez az oktatáspolitikai modernizálására és expanziójára – ennek megvalósítása döntő részét az állam feladata. Minden egyes társadalmi réteg számára elérhetővé kell tenni azt, hogy bekerüljenek felsőoktatási intézményekbe, mert az itt megszerzett tudással, készségekkel és képességekkel jobban el tudnak majd helyezkedni a munkaerő-piaci struktúrában, mivel a felfelé irányuló mobilitási esélyeik nőnek. Csak így érhető el, hogy a társadalom periferiájára került személyek adekvát módon visszailleszkedjenek a társadalom szerkezetébe, és az államot megkímélik a szociális háló továbbfinanszírozásától. Az oktatási rendszer alkalmassá teszi az egyént arra, hogy rugalmasan mozogjon a munka világában, így az oktatás fejlesztése egyfajta **humán befektetésnek** is felfogható az állam részéről.

Most nézzük meg, hogy a harmadik út ideológia keretében milyen gyakorlati döntések születtek az egészségügyi ellátás területén.

Angliában 1948-tól napjainkig is kiemelten nagy hangsúlyt fektetnek az egészségügyi rendszer fejlesztésére (az állam 1997-ben 55, 5 milliárd fontot, 2001-ben már 75 milliárdot költött erre a célra), amely meglehetősen nagy arányban még mindig állami tulajdonban van. Ennek működtetésében döntő szerepet játszik **az Országos Egészségügyi Szolgálat (NHS)**. Ez az intézmény mai napig hű maradt eredeti filozófiájához, mely szerint **ingyenes és egyenlő mértékű hozzáférést kell biztosítani az egészségügyi ellátáshoz a rászorultaknak**.

Az alapellátások vonatkozásában kardinális szerepe van a háziorvosi szolgálatnak, mely a nap 24 órájában a lakosság rendelkezésére áll, főként preventív, gyógyító és diagnosztikai ellátást nyújt.

Az NHS finanszírozása döntő részét állami feladat: az éves kiadásai 94 százalékát az állami költségvetésből fizetik, a többit a más tulajdoni részből származó bevételekből, valamint a betegek részleges térítéseiből.

Az egészségügyi rendszer reformja – a harmadik utas politika szerint – már 1997-ben elkészült, de 2000-ben vezették be. Az átalakítás legfontosabb területei a következők voltak:

- „a betegek tájékoztatásának javítása,
- a kórházak és kórházi ágyak számának növelése,
- az orvosok és az ápolónők létszámának növelése,
- a várólisták csökkentése,
- a kórházak infrastruktúrájának javítása (higiéné, étkeztetés)
- az időskorúak ellátásának javítása,
- szigorúbb előírások az NHS szervezetében és a jobb ösztönzési rendszer létrehozása.” (United Kingdom 1999: 117)

Röviden összefoglalva: a harmadik út koncepciója – Giddens-szel szólva – egy pozi-

tív segélyezési program, amely a kormány – civil társadalom – piac hármas szereplőinek összefogásával, a klasszikus, keynes-i jóléti programok reformjával, valamint az oktatási struktúrák expanziójával kívánja kiépíteni és fenntartani a jóléti társadalmat. Ez a jóléti paradigma „a Beveridge által felsorolt minden negatívumot pozitívummal helyettesítené: a nélkülözést autonómiával, a betegséget aktív egészségpolitikával, a tudatlanságot az életen át tartó oktatással, a hitványságot jó étellel, végül a restséget kezdeményezőkésséggel váltaná fel.” (Giddens 1998: 145)

Konzervatív jóléti politika – Németország

A második német egység (értsd: NSZK és NDK egysége) jogilag 1990. október 3-án történt meg. Mivel a Szovjetunió hidegháborús veresége kétségtelenné vált, **a kelet-németországi területeket nyugati modell szerint kellett átstrukturálni – itt a piacgazdasági rendszer váltotta fel a központi tervutasításos rendszert.** A második német egység során a volt NDK és NSZK társadalmi, politikai, kulturális, gazdasági és szociális intézményrendszerét kellett összehangolni, integrálni – ez a folyamat viszont nem volt zökkenőmentes. **„Az NSZK öt új tartományában az egyesítést követően súlyos gazdasági helyzet alakult ki.** Az elavult ipari ágazatok kellő körültekintés nélküli, gyors leépítése tömeges munkanélküliséget gerjesztett (minden harmadik munkahely megszűnt). A szolgáltatások sem kínáltak elegendő foglalkoztatási alternatívát, jóllehet ezt az ágazatot kevesebb veszteség érte. A tartományi és a kommunális költségvetés súlyos hiánnyal küzdött. Néhány szektor enyhe javulását elsősorban a jelentős nyugati pénzügyi transzfer váltotta ki. A szövetségi kormány és a gazdasági szakemberek optimista előrejelzései erősen alábecsülték az egyesítés költségeit; ebben közrejátszott az is, hogy csak fokozatosan derült fény az NDK gazdaságának tényleges állapotára.” (Németh 2002: 575) A szociális piacgazdaságra való áttérés, illetve annak kiterjesztése nem volt akadálymentes, mert az egységesítési törvény 7. fejezete egyértelműen kimondta, hogy **a nyugaton kialakított szociális védőhálót** (más néven jóléti intézményrendszert és a hozzá kapcsolódó transzfereket) **ki kell terjeszteni a volt NDK-ra.** Az ottani kedvezőtlen társadalmi viszonyok miatt azonban ez sok nehézségbe ütközött, hiszen az ellátásokat nagyobb arányban vették igénybe, mint nyugaton, így ott nagyobb anyagi forrásokra lett volna szükség – szélesebb területeken ennek megteremtése viszont nem volt egyszerű feladat. E folyamatokban kezelésében komoly szerepet vállalt **Helmut Kohl** kancellár.

Röviddel az egység után meglódult az infláció és a munkanélküliség (1990-ben 840 ezer munkanélküli volt regisztrálva, két millióan részmunkaidőben dolgoztak – ez utóbbi csökkentett bérrel járt együtt), a megélhetéssel kapcsolatos kiadások évente akár tíz százalékkal is emelkedtek, a társadalmi egyenlőtlenségek még tovább nőttek a nyugati és a keleti ország között. „Az egységes nemzetállamban két társadalom van, amelyek fejlettségi színvonala és időbeli fejlődése igen különböző. Németország egységesülése nem pusztán újraegyesülés, hanem két igen egyenlőtlen rész bonyolult egyesülése, s ez is marad... Ekkora jóléti különbség és ilyen mély szociális és gazdasági szakadék mellett Németországban nem lehet szó szociális és

gazdasági egységről, vagy az élethelyzetek és életlehetőségek egységes voltáról. Az egyik oldalon a jómódú nyugati, a másikon a sok szempontból rosszabb helyzetben lévő, strukturálisan hátrányt szenvedő keleti polgárok; ez utóbbiak manapság másodosztályú állampolgárok, és félok, hogy belátható ideig azok is maradnak.” (Backer-Steffen 1993: 3-4) Nem véletlen, hogy ilyen rendkívüli pesszimizmus fogalmazódott a német társadalomban, hiszen elég csak a munkabérek közötti szélsőséges differenciálódásokra gondolnunk: a keleten élő munkásosztály nagyjából fele annyi jövedelemre tett szert havonta, mint az ugyanolyan munkakörben dolgozó nyugaton; a keleti ország részen a gazdasági fejlődés meredek lejtőre állt és havonként csökkent a foglalkoztatottak aránya (a nyugdíjak mértéke is hasonlóan alakult: a nyugati területen élők nyugellátása közel kétszer akkora volt, mint a keleten lakóké).

A nyugati területek mindeközben profitáltak a keleti recesszióból, hiszen **a volt NDK lakossága fogyasztói piacot jelentett, valamint olcsó munkaerőt is**. Más szavakkal: a második egységtől a társadalom szinte minden rétege javulást, modernizációt és a demokrácia megerősödését várta, azonban ezeknek majdnem minden tekintetben az ellenkezője valósult meg – a csalódottság kimondhatatlan volt. A piacgazdaságra való áttérés fájdalommal járt, aminek az lett a hozadéka, hogy a tehetősebb rétegek helyzete tovább javult, míg az alulprivilegizált csoportok létszáma bővült, társadalmi helyzete romlott.

Az integráció valódi nyertesei a nyugati ország részen élő vállalkozók, vállalat-tulajdonosok és a vagyonosok voltak. Az ő egzisztenciális biztonságukat adótörvényekkel is körülbástyázták: „Az 1991. évi adócsomag keretében megemelt adók révén a béradót fizetőktől ismét elveszik azt, amit az 1986/90-es adóreformtól kaptak. Míg a béradó alsó felének (évi 45 000 DM jövedelemig) adóterhe összességében nő, a felső 15%-é (évi 80 000 DM jövedelem fölött) továbbra is erősen csökken.

A növekvő adók és társadalombiztosítási járulékok által történő kettős megterhelés azt eredményezi, hogy a munkavállalók átlagos nettó reáljövedelme a bértarifák erőteljes emelése ellenére a legkedvezőbb esetben is csak stagnálni fog. De fenyeget a csökkenés veszélye, ha az árszínvonal erősen megemelkedik.” (Backer-Steffen 1993: 8)

Kialakult a nyugat-európai államokban már ismert kirekesztés is. A kirekesztés a hajléktalanság megjelenésében manifesztálódott legerőteljesebben, hiteles becslések szerint 1991-ben 1, 2 millió hajléktalan élt Németországban (még pontosabban: 500 ezernek nem volt lakása, 700 ezernek volt lakása, de azokban életvitelszerűen nem lehetett élni, annyira lepusztultak). Jogi értelemben tehát az egység kialakult, de gazdasági és társadalmi értelemben integrációról nem lehetett még beszélni. Hangsúlyozzuk, ez csak a kezdeti periódusra vonatkozik.

A szegénység leginkább a gyermekét egyedül nevelőket, időseket, bevándorlókat és természetesen a munkanélkülieket érintette leginkább. A központi költségvetésből egyre nagyobb összegeket kellett szociális transzferekre átcsoportosítani, 1980 és 1989 között erre a célra a kiadás 13, 3 milliárd márkáról 28, 8 milliárdra nőtt.

Mindezeket felismerve a nyugati tartományokból redisztribúció során évente milliárdos nagyságrendű összegekkel támogatták a keleti részek felzárkózását. „Az 1991–1997-es periódusban az új tartományok összesen mintegy 1, 2 billió német márka (571 milliárd amerikai dollár) támogatást kaptak, ami a keletnémet GDP 40-60 százalékának felelt meg. Ezt

követően a folyó transferek a nyugatnémet GDP évente átlagosan több mint négy százalékat (140 milliárd német márka) tették ki. Forrásuk részben a nyugatnémet jövedelmekre kivetett szolidaritási adó volt. Felhasználási területük a magánberuházások támogatása mellett a közkiadások, nevezetesen a volt NDK-ra is kiterjesztett szociális védőháló, átképzés és közmunkaprogramok finanszírozása.” (Simon é.n. 10)

Ezekben az években a szociális szektor legfontosabb komponenseit csak úgy tudták kialakítani, hogy megerősítették az állami-hatalmi intézményrendszert, persze nem a gazdasági rendszer kárára. Emellett a vállalatoknak adókedvezményeket kínáltak az újabb beruházások és a munkahelyteremtés megkönnyítése céljából. Továbbá, az oktatási struktúrát is fejlesztették, és a családpolitikai intézkedések is kormányzati döntések előterébe kerültek. Tehát **a volt NDK területeire kiterjesztették a volt NSZK jóléti rendszerét, de átstrukturált formában**, ennek főbb komponensei a következők voltak:

- családi pótlék,
- nőtlenségi adó,
- a bismarck-i elven nyugvó társadalombiztosítás, amelyet kiegészítettek a tőkefedezeti elven működő biztosításokkal,
- alternatív egészségügyi biztosítás,
- munkanélküli segély.

A kezdeti mélyebb recesszió után Németország bár lassan, de mégis a fejlődés útjára állt, így napjainkra – sok társadalmi és gazdasági problémával a vállán – Európa vezető hatalma lett újra. A gazdasági fellendüléssel párhuzamosan nem csak a piaci mechanizmusok tisztultak ki, de a jóléti szektort is tovább erősítették. Ennek egyik fontos tartópilére volt a társadalombiztosítás. A kötelező nyugdíjbiztosítás a jóléti struktúrák klasszikus értékeit is őrzi, például a szolidaritást. Ez abban manifesztálódik, hogy aki rendelkezik 35 éves biztosítási idővel, ám jövedelme nem éri el az átlagjövedelem 75 százalékát, akkor az a nyugdíjösszeg definiálásánál úgynevezett többletpontokat kap. Természetesen a kevésbé választhatóság elvét itt is szigorúan betartják, vagyis gondosan ügyelnek arra, hogy az így megszerzett támogatás mértéke ne lépje túl az átlagos nyugdíjösszeg meghatározott hányadát.

A magánnyugdíj-rendszer Németországban jogszabályok által legitimált formában funkcionál, azonban önmagához és más államokhoz képest is elég alacsony mértékben van jelen a jóléti rendszerben.

1999-re a bevándorlás óriási mértékre rúgott, amely már komoly társadalmi problémákat okozott, bizonyos tartományokban jelentős feszültségeket implikált. Néhány idevonatkozó statisztikai adat: „A külföldiek száma 1999-re elérte a 7,34 milliót (a lakosság 9%-át az állampolgárságot szerzettek nélkül); a legnépesebb csoportok a törökök (2,1 millió), a jugoszlávok (0,7 millió), az olaszok (0,6 millió), a görögök (0,36 millió), a lengyelek (0,28 millió) és a horvátok (0,2 millió) alkotják.” (Németh 2002: 418)

Mindemellett számos más tényező nehezíti a jóléti intézményrendszer fenntarthatóságát, illetve működtetését. Elsősorban fontos megemlíteni a németországi **kedvezőtlen demográfiai viszonyokat**. Csakúgy, mint más európai államban, itt is a társadalom rohamos elöregedése figyelhető meg, ez azzal jár együtt, hogy a társadalombiztosítási rendszer

(főként a betegbiztosítás és nyugdíjbiztosítás) összeomolhat – jobb esetben diszfunkcionálni kezd. Hiszen csökken a foglalkoztatottak, a járulékot fizetők létszáma és ezzel egyidejűleg nő a társadalombiztosítási ellátottak száma. „A jelzett folyamatok napvilágra hozták a kötelező nyugdíjbiztosítási rendszer finanszírozásának rövid és hosszú távú feszültségeit. A nyugdíjbiztosítás finanszírozási problémáinak megoldásához vagy a kiadások tartós csökkentésére, vagy a bevételek jelentős és tartós növelésére, vagy a két eljárás kombinálására van szükség. A német kormányok ez utóbbit választották azért, hogy mérsékeljék a bevételek növelésének és a kiadások csökkentésének szükséges mértékét, s így tompítsák azok gazdasági és politikai szempontból kedvezőtlen hatásait.” (Geleon 2001: 134)

A társadalombiztosítási rendszert a második német egyesítést követően sok tekintetben átalakították: a volt NDK tartományaiban is legitimálták a tőkefedezeti elven működő társadalombiztosítást, hiszen az állami intézményrendszer a kiugróan magas deficit miatt hosszútávon képtelen lett volna működtetni azt – a tőke bevonása szükségszerű volt. Mindennek ellenére – mely a német rendszer egyik sajátossága – a magántulajdonban lévő biztosítások elterjedtek, de korántsem olyan mértékben, mint az Amerikai Egyesült Államokban.

A kötelező betegbiztosítás a német lakosság 90 százalékára terjed ki, a magánkórházak pedig hozzávetőleg 16 százalékban működnek, a többi állami tulajdonban van. Mindezek ismeretében nem is csoda, hogy a társadalombiztosítási járulékok szinte évről évre növekedő tendenciát mutatnak.

Az egészségbiztosítás finanszírozása rendszerszerűen oszlik meg az állam és a magánköltségvetéssel rendelkező magánbiztosítások között. Az előbbi 74 százalékkal, az utóbbi 26 százalékkal finanszírozza az egészségbiztosítást. Az állami támogatás szintén több, egészen pontosan három alapból áll össze: betegbiztosításból (56, 7%), különböző adókból (7, 8%), valamint az ápolási biztosításból (6, 9%).

Most nézzük meg azt, hogy a napjainkban miként működik a német egészségbiztosítás, amely a német jóléti szektor egyik legjelentősebb eleme. Mint azt korábban is említettük, a bismarck-i társadalombiztosítási modellt, ha csak részlegesen is, életben van. Még pontosabban, az állami biztosítás nagyobb hangsúllyal van jelen, mint a tőkefedezeti elven működő magánbiztosítások – de mindkettő egyszerre megtalálható. Az állami egészségbiztosítási rendszerbe nem kötelező belépni azoknak, akiknek havi jövedelmük egy bizonyos szint felé emelkedik (2006-ban ez az összeg 3937, 50 EUR-nak felelt meg), ám lehetőségük van rá. Akik a szóban forgó jövedelemhatár alatti összeggel rendelkeznek, kötelező a belépés. A járulékfizetés egyenlően oszlik meg a munkáltató és a munkavállaló között, mindkét szereplőnek egyformán a bruttó bér 14, 2 százalékát kell befizetnie ebbe az alapba havonta. Az állami egészségbiztosítás mellett természetesen magánbiztosítás megkötésére is van lehetőség – újabb járulékfizetés terhe ellenében. A szabad pénztárválasztás 1996-tól működik legitim formában, napjainkban 453 ilyen pénztár látja el ezeket a funkciókat.

Az állami „egészségügyi szolgálat hatásköre kiterjed:

- a fertőzőbetegségek megelőzésére és ellenőrzésére,

- az egészségügy intézményrendszerének (kórházak, orvosi- és fogorvosi rendelők, vérellátó állomások, dializáló mentő- és járóbeteg- állomások) és szakmai tevékenységének felügyeletére,
- az egészségügyi dolgozók felügyeletére,
- megelőző egészségügyi ellátásra,
- egészségügyi tájékoztatásra,
- iskolai- egészségügyi ellátásra,
- terhes- és csecsemő-tanácsadásra,
- az élelmiszerkereskedelem, gyógyszer és toxikus anyagok ellenőrzésére,
- a víz-, termőföld- és levegőminőség ellenőrzésére.” (Forgács-Vallyon 2004: 18)

A kötelező betegbiztosítás a felsorolt feladatok mellett igen komoly hangsúlyt helyez a prevencióra is. Például, minden 35. életévét betöltött személy ingyenesen jogosult belgyógyászati prevenciók vizsgálatokra, a nők 20 éves koruktól ingyen méhnyak-rákszűrésen vehetnek részt, 30 éves koruktól pedig a mellrákszűrést is ingyenesen kapják. „Ingyenes gyógy-kúrák, gyógyfürdők vehetők igénybe az ország több száz erre alkalmas intézményében, beutaló ellenében, minimum három hetes tartózkodással. (2004-től 13 eurós napi hozzájárulást kell fizetni érte.)

Mivel Németországban a konzervatív politikának hosszú évszázadokra visszamenően tradíciói vannak, így nem csoda, hogy a hagyományos családmodell megtartása érdekében a gyermekvállalást szociális eszközökkel támogatják. Ennek fényében a szülés előtti és utáni gyógytorna ingyenes, amit kiegészítettek a csecsemőnek járó fizetés nélküli védőoltással. Emellett a szülés előtti 6. héttől a szülés utáni 8. hétig anyasági segélyt folyósítanak a jogosult anyának, amelynek összege megegyezik az utolsó bérrrel.” (Forgács-Vallyon 2003.)

A tőkefedezeti elven működő egészségbiztosító pénztárak feladatkörét az állam jogszabályok útján határozta meg. Ezek szerint ennek a következő feladatokat kell ellátnia:

- „betegség- megelőzés és szűrővizsgálatok,
- járóbeteg – ellátás,
- fogászati és kórházi kezelések,
- gyógyszerár-támogatás,
- gyógyászati segédeszközök,
- otthoni ellátás, beteg-szállítás,
- és olyan nem orvosok által végzett kezelések, mint fiziko-, beszéd- és foglalkoztatás-terápia.” (Forgács-Vallyon 2004: 20)

Jelentős reformokat a német társadalombiztosításban 2004 elején vezettek be, melynek okát általában a társadalom előregedésével hozták összefüggésbe. A változtatásokra azért volt szükség, hogy ne csak mérsékeljék az ebből származó szociális problémákat, hanem elkerüljék azokat. A legfontosabb módosítások a következők voltak:

- az állami támogatást megvonták azoktól a gyógyszerektől és gyógyhatású készítményektől, amelyek a „beteg privát életstílusát befolyásolják”. Ilyen volt például a Viagra,
- a receptdíjakat fix összegben állapították meg,
- kizárólag a 12 éven aluli gyermekek számára járt azon gyógyszerek állami támogatása, amelyek nem voltak vénykötelesek,

- fogorvosi ellátás esetén a gyógykezelés költségeinek felét a beteg finanszírozza,
- a gyógyszerküldő szolgáltatások legitimációja jogszabályok útján kiszélesedett, interneten és postán is megrendelhetővé vált a törzskönyvezett gyógyszerek bizonyos köre.

A szóban forgó hátrányos folyamatokat még tovább rontja a munkanélküliségi ráta alakulása. Jelenleg „a gazdasági növekedés lassult, az infláció és a munkanélküliség együttesen jelentkezett a gazdaságban. Megváltozott a munkaerőpiac: csökkent az ipari és megnőtt a szolgáltatási szektor munkaerőigénye. Ez a változás rugalmasabb munkaerőpiacot igényel: időszakos munkaszerződéseket, nagyobb bérdifferenciálódást.

Másrészt, a születési szám csökkenésével és a halálozási idő kitolódásával a társadalom előregedik. A kontinentális és így a német munkaerőpiac e változásokra, a munkaerő iránt kereslet csökkenésére, illetve szerkezeti változásra nem rugalmas alkalmazkodással, a bérek változásával, hanem az elért bérszínvonal, az egykeresős családi modell megtartása érdekében a munkaerő-kínálat csökkentésével válaszolt. Mindehhez igénybe kellett venni a társadalombiztosítási rendszerek szolgáltatásait, s ez növekvő terheket rótt a jóléti államra. A munkaerő-kínálat csökkentése csupán a korai nyugdíjazás alkalmazásával, illetve a női részvétel ellenőszttönzésével volt lehetséges. A korai nyugdíjazás következménye: egyre csökkenő számú aktív korú foglalkoztatottra jutnak a növekvő szociális kiadások, mivel csökken az aktivitás időtartama: az átlagos foglalkoztatott 45 év helyett csupán 35 vagy 40 évig aktív, ez 10-20 százalékkal csökkenti a társadalombiztosítási bevételeket. Ugyanakkor mind a nyugdíjak, mind az egészségügyi kiadások miatt a kifizetések nőnek, mivel az átlagos életkor hat-nyolc évvel meghosszabbodott.” (Geleon 2001: 145)

A munkanélküliség növekedését erősíti a technológiai fejlődés, amely hozzájárul ahhoz, hogy a termelő, szolgáltatói és a mezőgazdasági szektorban egyre inkább feleslegessé válik az emberi, humán erőforrás, helyét a technika, illetve a gépek veszik át. Ez pedig jelentős társadalmi és gazdasági hátránnyá jelent meg Németországban, ahol jelenleg majdnem 82,5 millióan élnek, a munkaképes lakosságból 3,5 millióan regisztrált munkanélküliek, ami 8, 2 százalékos munkanélküliségi rátát jelent.

Szociáldemokrata jóléti politika – Svédország

Svédországban a jóléti struktúra továbbműködik annak ellenére, hogy az elmúlt évtizedekben sorozatos támadásoknak volt kitéve, amit még gazdasági válságok, illetve mélyebb recessziók is terheltek.

Az 1990-es évek elejére Svédországban a gazdasági, demográfiai és kulturális átalakulások miatt a jóléti rendszer veszélybe került. Erről árulkodnak a következő adatok is: „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 történetében); a fiskális politika pedig ahelyett, hogy a válság kezelésének egyik eszköze maradt volna, maga vált a válság egyik fő alkotóelemévé. A szociális jóléti kiadások (az egészségügyet is ideértve) az 1978. évi 31,7 százalékról 1990-re

a GDP 34,8 százalékra nőttek; a társadalmi védelmi kiadások az OECD-átlagot csaknem 50 százalékkal meghaladó relatív szintje pedig Svédországban volt a legmagasabb az OECD-n belül... 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 a svéd korona ECU-hoz kötött fix árfolyamát, rá kellett téríteni az árfolyam lebegtetésére; mindez a nemzeti valuta mintegy 15 százalékos leértékelését hozta magával. 1993 végére a hagyományosan alacsony, a korábbi évtizedben 1–2 százalék között 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 fiatalkori munkanélküliség 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.” (Semjén 1999: 327, 330) Arról van tehát szó, hogy a kedvezőtlen hazai (mármint a svéd)- és nemzetközi gazdasági folyamatok miatt hatalmas mértékű hiány jelentkezett a svéd költségvetésben, amely hiány arra sarkallta a döntéshozókat, hogy reformokat hajtsanak végre a korábbi jóléti intézményrendszeren. Ha ezt nem tették volna meg, darabjaira hullott volna a szociális rendszer. Ezt ekkor főként adóemelésekkel próbálták megvalósítani: 1993-ban volt a legmagasabb az állami redistribúció mértéke, ez elérte a 73 százalékot is.

A kialakult problémákat továbbnehezítette az, hogy ekkor a hidegháborús viszonyok véget értek, így a globalizáció káros mechanizmusai Svédország határait is megközelítették. A hosszú idő után hatalomra kerülő konzervatív párt nem túl sok sikerrel kezelte a válságot: az univerzális ellátások körét csak kismértékben csökkentették a társadalmi igazságosságra való hivatkozással. Így a következő választásokon újból a szociáldemokrata párt szerezte meg hatalmat, hiszen a konzervatív párt nem hozott megoldást az egyre mélyülő recesszióra. A társadalomban is kedvezőtlen folyamatok kezdtek kibontakozni, nőtt a deviancia, a bűnözés, slumosodott városrészek jöttek létre.

A gazdasági válságra (más megoldás nem lévén) az 1990-es évek első felétől kezdve reformokat hajtottak végre a jóléti struktúra alrendszerén, amelyek beváltották a hozzájuk fűzött reményeket. „Tény, hogy **a súlyos recessziónak sikerült véget vetni**. A gazdaság minden makromutatója kedvező tendenciákat mutatott a szociáldemokrata kormány első éveiben: enyhén csökkent a munkanélküliség, az államháztartás hiánya és a költségvetési deficit, **újra növekedésnek indult a gazdaság**. Ez részben a fellendülő exportszektor és a külkereskedelem élénkülésének és a nettó tőkeimportnak volt köszönhető, azonban azzal az árral is járt, hogy a modell alapvető sajátosságainak – elsősorban az univerzalitás – megtartása mellett egyre több területen kényszerültek a **juttatások szűkítésére**. Itt elsősorban olyan intézkedésekre kell gondolni, mint a korábban bemutatott **nyugdíj-reform, a táppénzzel kapcsolatos megszorítások, a családi pótlék és munkanélküli segély összegeinek csökkentése**. A megszorító csomag 1997-re megszüntette az államháztartás hiányát, sőt, a költségvetés azóta többlettel zár.

A piaci dereguláció következtében **a munkanélküliség a korábbi évtizedekhez képest ugyan számottevően magasabb, 7–10% közötti szinten stabilizálódott, s a teljes**

foglalkoztatottság már nem volt tartható cél, ez azonban még mindig valamivel alacsonyabb volt, mint az EU átlagos 10–11 %-os értékei.” (Polgár 2005: 70)

Most nézzük meg röviden, hogy adott területeken milyen átalakulások mentek végbe a szociális reformok során.

A válság kibontakozásával párhuzamosan egyre nagyobb társadalmi igény jelent meg a szociális segélyek iránt. E növekvő tendenciáról **Semjén** a következő megállapításokat teszi: „Egyes számítások szerint a kilencvenes évek elején a háztartások 9–12 százalékának jövedelme mozdott a segélyezési normák alatt, miközben mintegy csak 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 közötti átmenet megkönnyítésére, vagy a társadalombiztosítási juttatásokra való jogosultság megszerzése előtti időszak problémáinak enyhítésére, esetleg a válás okozta anyagi problémák átmeneti kezelésére szolgálnak.” (Semjén 1999: 338)

A szociális segélyekhez kapcsolódó kritériumrendszert, annak formáját és összegét is az önkormányzatoknak kellett meghatározniuk, területenként tehát ez nagyban eltérhetett egymástól. Ezzel összefüggésben a központi kormányzat keretszabályozást nyújtott, vagyis a szubszidiaritás elvét helyezték előtérbe. A szociális segély megállapítása érdekében minden önkormányzat úgynevezett népjóléti bizottságot hozott létre, amely szerv a segélyek odaítélésében volt kompetens. A segély folyósítása korlátlan időtartamra szólt, addig folyósították, amíg az érintett személy életszínvonala nem emelkedett a társadalmilag átlagosan elfogadott szinthez. A segélyt főként munkanélküliek és alacsony jövedelemmel rendelkezők igényelték. A segélyre való jogosultság általános feltételei a következők voltak:

- a munkaügyi központtal való együttműködés,
- a vagyoni- és jövedelmi tesztek (means test), vagyis környezettanulmányok elvégzése után megállapított rászorultság igazolása,
- a munkanélküli aktív munkakeresése.

A válság után a munkanélküliséget sikerült relatíve alacsonyan tartaniuk, ami az egyre erősödő svéd gazdaságnak is köszönhető. „A folyó fizetési mérleg az ezredforduló óta évről évre a GDP 5-8 százalékára rúgó többlettel zár, köszönhetően mindennek előtt a dinamikus – az importét messze meghaladó ütemben – bővülő exportnak. A leglátványosabb fordulat – ami ezt a fenntarthatóságot döntő mértékben megtámaszthatja – persze a fiskális politikában figyelhető meg. Miközben a kilencvenes évek elején hihetetlen mértékű – 1993-ban, a válság mélypontján a GDP arányában közel 12 százalékos – államháztartási hiányt regisztráltak, 1998 óta a svéd államháztartás rendre többlettel zár (ez alól szerény kivételt jelentett 2002 a nemzetközi konjunkturális trendforduló éve, amikor az államháztartás hiánya a GDP 0,3 százaléka volt). Ennek köszönhetően a bruttó államadósság trendje is határozottan csökkenő: az ezredfordulót megelőző két évtizedben a GDP 60 százalékát elérő adósságráta 2004 végére 51, 1%-ra mérséklődött, és a Svéd Pénzügyminisztérium előrejelzése szerint 2010-re GDP-arányosan 40% alatti szintre süllyed.” (Bartha 2006)

1999-től a társadalombiztosítási rendszeren újabb módosításokat hajtottak végre, amely főként a **nyugellátással** volt szoros összefüggésben. Ez három szintű szolgáltatássá változott, az első kategóriába a járulékfizetésen alapuló nyugdíjak kerültek; a járulékok mér-

tékei jövedelemtől függőek. Jogszerző időnek minősül a felsőoktatási tanulmányok folytatása, a sorkatonai szolgálat, valamint a gyermekneveléssel töltött idő is. A második szinten található támogatásokra azok jogosultak, akik nem, vagy csak kevés járulékot fizettek – számukra az állami társadalombiztosítás folyósít havonta minimális összegű nyugdíjat. A harmadik elem pedig piaci jellegű kiegészítő biztosítás, amelyre azok a társadalmi rétegek jogosultak, akik egy általuk választott nyugdíjalapnak fizettek meghatározott mértékű járulékot aktív korukban. A nyugdíjkorhatárt rugalmassá alakították (a kedvezőtlen demográfiai tendenciák miatt – a társadalom előregedése következtében), ez 61 év lett, de a legtöbben 65 éves korukra lépnek be a nyugdíjrendszerbe.

Az állami nyugdíjrendszer emellett felelőséget vállal még azok iránt is, akik elveszítették munkaképességüket. Számukra az öregségi nyugdíj 25, 50, 75 vagy 100 százalékát folyósítják havonta annak függvényében, hogy milyen mértékű egészségkárosodást szenvedtek.

Táppénzben azok részesülhetnek, akiknek az évi jövedelmük meghaladja a 6000 SEK-t. A második naptól kezdve a 21. napig tartó táppénzt a munkáltató fizeti a munkavállaló részére, ennek mértéke azonos a legutolsó havi nettó jövedelem 80 százalékával. A 22. naptól az egészségbiztosítási pénztár folyósítja a táppénzt, melynek összege a betegség előtti jövedelem 97 százalékának a 80 százaléka. Mivel ezt a szolgáltatást egyre többen vették igénybe, ezért az állam különböző szabályokkal csökkentette a táppénzen lévők arányát. Bevezették például az atipikus foglalkoztatásra való kötelezettséget, vagyis a táppénzen lévőknek – betegségüknek megfelelően – részmunkaidős státuszokat kell betölteni; ezzel is csökkentik a társadalombiztosítási rendszer kiadásait.

Az államilag támogatott orvosi ellátások továbbra is univerzálisak maradtak. Legitimálták az orvosi vizsgálati díjakat. Ezek szerint alkalmanként 60-300 SEK-t kell fizetni a paciensnek, ám ha ennek mértéke meghaladja az évi 900 SEK-t, akkor az ezen felüli összeget már az állam finanszírozza.

A fogorvosi ellátás díjtalan a 20 éven aluliak számára.

Gyógyszertámogatási rendszer hasonlóan funkcionál, mint az orvosi vizsgálati díj. Vagyis, gyógyszervásárláskor csak az első 900 SEK-t kell a betegnek kifizetnie, az ezen felüli gyógyszerek árát az állam magára vállalja.

A munkanélküli biztosítás lehet állami és piaci biztosítás, illetve mindkettő egyszerre. Jellemzősége a rendszernek, hogy ennek működését a szakszervezetek koordinálják és ellenőrzik. A szakszervezeti tagoknak kötelező valamilyen munkanélküli alaphoz tartozniuk. A munkanélküli segélyek összege páratlanul magasnak mondhatók: a munkanélkülivé válás első napjától a 100. napig napi (maximum) 730 SEK folyósítható, attól függően, hogy mekkora volt az érintett jövedelme a legutolsó munkahelyén. A 101–300. nap közötti periódusban maximum 680 SEK jár naponta. Ha az első 300 nap után sem talál munkát, akkor a folyósítási idő meghosszabbítható újból 300 nappal. A gyakorlatban azonban elenyésző azok száma, akik a 6 hónapnál több időt töltenek el munkanélküliként. (Forgács-Vallyon 2003.)

Svédországban jelenleg is viszonylag alacsonynak nevezhető a munkanélküliségi ráta, még Európai Unió mértékkel mérve is. Ennek számos oka van, többek között az, hogy a munkanélküliként regisztráltakat közmunkaprogramokba integrálják, hogy ne, vagy csak kis mértékben essenek ki a munka világából. Ugyanakkor rendkívül sokan éltek, illetve élnek a

korkedvezményes nyugdíj adta lehetőséggel, így azok az idősebb személyek, akik veszélyeztetve érezték magukat a munkanélküliségtől, gyakran inkább a nyugdíjas státuszt választják – Magyarországon is hasonló túlélési stratégiát választottak, akik ilyen szituációba kerültek.

Emellett a fiatalok és fiatal felnőttek egyre gyakrabban kerülnek hallgatói jogviszonyba valamilyen felsőoktatási intézménnyel, annak reményében, hogy az ott szerzett diplomával könnyebben meg fogják találni helyüket a társadalmi munkamegosztás rendszerében. Másrészt – csakúgy, mint Magyarországon – a felsőoktatásban eltöltött idő „parkoló pályának” minősül, vagyis a diploma megszerzéséig tartó időszak alatt „kivárnak”, hát-ha javulni fognak a gazdasági és társadalmi viszonyok.

A megmaradt svéd jóléti struktúrák napjainkra egyre nehezebben engedik a munkahelyteremtés feltételeinek megvalósítását, illetve annak prosperitását, mert a munkaerőpiaci keresleti oldalon megjelenő szereplők számára kedvezőtlen az, hogy az Európai Unió országokhoz képest magasak a svéd munkavállalói járulékok.

Irodalom

- Almási M.** (é. n.): Az emberarcú kapitalizmus. (A harmadik út vége?) <http://almasi.elte.hu/eletmod6.htm>
- Backer, G – Steffen, J.** (1993): Gazdagság Nyugaton – szegénység Keleten? *Esély*, 5: 3-27.
- Bartha A** (2006): Visszajáró svéd kísérlet? Egy félreértés fogságában: a svéd modell álma és a kelet-közép-európai realitás. *Competitio*, 1: 153-163.
- Esping-Andersen, G.** (1991): Mi a jóléti állam? In: Ferge Zs. – Lévai K. (szerk.): A jóléti állam. Bp.: ELTE Szociológiai Intézet Szociálpolitikai Tanszéke és T-Twins Kiadó. 116-132.
- Esping-Andersen, G.** (1993): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Forgács A – Vallyon A.** (2004): Hol jobb betegnek lenni? II. – Egy németországi példa. http://biloba.hu/ime/2004_12/18-23.pdf
- Forgács A. – Vallyon A.** (2003.): Hat ország egészségügyi rendszerének története, reformjai és jelenlegi problémái. http://elib.kkf.hu/ewp_03/2003_3_01_FORGACS_VALLYON.pdf
- Füzes O.** (2005): Remeg az egész épület – de Anthony Giddens szerint nem úgy, ahogy az anti-globalisták elképzelik. (Interjú Giddens-szel) www.demos.hu/Sajto&news_id=55&page=details&newsprint=1
- Gedeon P.** (2001): Merre tart a német jóléti állam? Társadalombiztosítási alrendszerek Németországban. *Közgazdasági Szemle*, 1: 130-149.
- Giddens, A.** (1998): *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*. London: Cambridge.
- Giddens, A.** (2005): Elszabadult világ: hogyan alakítja át életünket a globalizáció? Bp.: Napvilág Kiadó.
- Harasztosi P.** (2002): A „harmadik út” és a munkaerőpiac. <http://eszmelet.freeweb.hu/53/harasztosi.53.htm>
- Jóna Gy.** (2007): Jóléti politikák. Nyíregyháza, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar.
- Németh I.** (2002): Németország története. Bp.: AULA Kiadó.
- Polgár T.** (2005): A „harmadik út” Brüsszelhez vezet? – A svéd modell és az európai integráció kölcsönhatása. In: XXVII. Országos Tudományos Diákköri Konferencia Társadalomtudományi Szekciójának díjazott dolgozatai. (on-line kötet) Szerk.: Csomán Gábor. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem. www.uni-corvinus.hu/otdk2005
- Semjén A.** (1999): A svéd jóléti rendszer átalakulása. *Közgazdasági Szemle*, XLVI: 326-345.
- Simon Gy.** (é.n.): A gazdasági növekedés problémái Németországban. *Statisztikai Szemle*, 84: 6–24.