

Michał Polakowski

Instytut Polityki Społecznej Uniwersytet Warszawski

Retrenchment po szwedzku

Wstęp

Od pewnego czasu pojawiają się głosy dotyczące kryzysu współczesnego *welfare state*¹. Ekonomisci, politolodzy czy socjologowie, próbują opisać i wyjaśnić procesy zachodzące we współczesnych zachodnich *welfare states*. Również kraje skandynawskie, przez wielu uważane za ostoję i wzorzec opiekuńczości i dotychczas nietknięte negatywnymi zmianami, stają się przedmiotem krytycznych studiów. Ich efektem jest rosnąca liczba opinii, że i kraje skandynawskie przechodzą transformację polegającą na zaostrzeniu kryteriów dostępu do usług i transferów oraz pogorszeniu poziomu zaspokajania potrzeb.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie i zanalizowanie zagadnienia opisywanego jako *retrenchment*² na przykładzie Szwecji w latach 90.

Szwecja jest ciekawym krajem pod względem analizy przemian *welfare state* z kilku przyczyn. Po pierwsze, większość teorii opisujących ten problem została rozwinięta dla krajów, w których prowadzona polityka społeczna jest określana jako liberalna (posługując się typologią Gosty Espinga – Andersena na liberalne, konserwatywno-korporacyjne

¹ Określenie *welfare state* z powodu jego wieloznaczności i wymienności z ze słowem polityka społeczna w większości literatury będzie użyta w tym właśnie, szerokim znaczeniu.

² Termin *retrenchment* w języku angielskim oznacza „ograniczenia wydatków” (*Dictionary of Contemporary English*, Longman 1995). Tu jednak jego zakres znaczeniowy jest dużo szerszy. Z tej przyczyny używana będzie angielska wersja tego słowa.

i socjaldemokratyczne)³. Co więcej, owe teorie w dużej mierze zajmowały się zmianami kierunku polityki społecznej wprowadzanymi przez tzw. Nową Prawicę.⁴ Szwecja natomiast przez dekady (z krótkimi wyjątkami) rządzona była przez partie socjaldemokratyczną i jest czołowym reprezentantem reżimu socjaldemokratycznego. Dodatkowym uzasadnieniem w tym kontekście mogą być słowa N. Gilberta: „Szwecja w czasach rządów socjaldemokratów była Mekką dobrobytu, do której wszystkie inne kraje zdążyły bądź reagowały przeciwnie”⁵.

Następną przyczyną, dla której Szwecja jest przedmiotem analizy, jest skromny angielskojęzyczny (nie wspominając o polskim) dorobek naukowy dotyczący *retrenchmentu* w Szwecji. Pomimo faktu, iż Szwecja jest obecna w wielu studiach porównawczych, pogłębione studia przypadku są niemal nieobecne⁶. Inną kwestią jest wyraźny podział na studia opisujące bądź świadczenia pieniężne bądź usługi. Brak jest opracowań łączących te dwa podejścia. Ambicją tego artykułu jest uwzględnienie obydwu. Dlatego przedmiotem analizy są tutaj: emerytury dla osób starszych i zasiłki dla bezrobotnych oraz służba zdrowia i opieka nad osobami w wielu podeszłym.

Innym argumentem jest brak spójnej analizy dla lat 90., opartej na przejrzystej metodologii i jednoznacznych kryteriach. Ważną częścią artykułu jest dyskusja dotycząca definicji, mająca za zadanie wybór najlepszej z nich, tak by uzyskane wyniki badania wyniki były jak najbardziej jednoznaczne. Istnieje imponująca publikacja opracowana dla szwedzkiego rządu, która w sposób kompleksowy analizuje i ocenia dorobek szwedzkiego *welfare state*, jakkolwiek i jej brakuje jasnych kryteriów⁷.

2. Definicje *retrenchmentu*

Pomimo tego, że dorobek naukowy dotyczący kryzysu polityki społecznej jest imponujący, opracowano stosunkowo niewiele definicji tego zjawiska. Badacze raczej skłaniają się ku wyjaśnianiu przyczyn kryzysu niż precyzyjnej definicji zjawiska. Ponieważ celem pracy jest zbadanie tylko jednego kraju, szczególną uwagę należy poświęcić narzędzi, które pozwoli uchwycić zmiany zarówno w ramach czasowych badania jak i pozwalające na określenie przyszłych scenariuszy rozwoju. W tej części zostaną przedstawione dwie definicje: P. Taylora – Gooby’ego i P. Piersona. Obydwie zostały stworzone dla studiów porównawczych, niemniej mogą być użyte i w studium przypadku.

³ G. Esping Andersen, *Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge 1990.

⁴ Na przykład: P. Pierson, *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*, Cambridge 1994.

⁵ N. Gilbert, *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford University Press, 2002, s. 14.

⁶ Takim studium jest *The welfare State in Transition. Reforming the Swedish Model*, red. R. B. Freeman, R. Topel i B. Swedenborg, The University of Chicago Press, 1997, choć reprezentuje ono podejście czysto ekonomiczne.

⁷ *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s*, ed. J. Palme, Ministry of Health and Social, Ministry Publications Series 2002:32, czerwiec 2002.

W książce zatytułowanej *European Welfare Futures: Towards Theory of Retrenchment* Peter Taylor – Gooby zajął się porównaniem wybranych krajów europejskich w celu zbadania czy wystąpił w nich *retrenchment*. Jednakże trzeba stwierdzić, że kwestia definicji nie była tam punktem centralnym, gdyż autorzy skupili się bardziej na debacie dotyczącej prawdopodobnych przyczyn zmian zachodzących we współczesnej Europie. Definiują oni *retrenchment* jako zmiany prawne „redukujące poziom świadczeń pieniężnych, ograniczające dostęp do nich i czas ich otrzymywania. Inne (...) spowodowały wzrost opłat za korzystanie ze służby zdrowia, edukacji i usług opiekuńczych” i „przeniosły świadczenie lub zarządzanie transferami pieniężnymi na pracodawców lub inne ciała, bądź wprowadziły zasady rynkowe w zarządzaniu usługami. Wreszcie, były to działania prywatyzujące część usług socjalnych”⁸.

Jak można zaobserwować, definicja powyższa opisuje zmiany, które już zaistniały w okresie badania, nie biorąc pod uwagę tych, które dokonają się w przyszłości. Nie uwzględnia ona takich zmian, które kształtują instytucje lub polityczne otoczenie, tak by redukcja programów polityki społecznej była łatwiejsza. Ponadto, co jest związane z poprzednią uwagą, definicja ta skupia się tylko na wynikach polityki społecznej, pomijając inne aspekty takie jak proces decyzyjny czy rola wartości w sferze politycznej. Jeśli te ostatnie nie zostaną wzięte pod uwagę, badaczowi mogą umknąć ważne zmiany, na przykład takie, które N. Gilbert określił jako przejście od *welfare state* do *enabling state* (w części dotyczącej zmian z bezpośrednich do pośrednich wydatków czy z transferów w formie usług do transferów w gotówce bądź voucherach)⁹.

Podczas gdy Taylor–Gooby skupia się tylko na sferze polityki społecznej (pomijając tak ważne okoliczności jak kształtowanie instytucji mogących w przyszłości podejmować decyzje), Paul Pierson stworzył dużo bardziej wysublimowaną definicję. Analiza Piersona rozpoczyna się od trzech ważnych uwag metodologicznych.

Po pierwsze, cięcia wydatków powinny być rozpatrywane zarówno w krótko – jak i długookresowej perspektywie. Jeśli rząd jest zainteresowany ograniczaniem programów socjalnych, może nie tylko obcinać wydatki natychmiast, lecz także wprowadzać zmiany, które będą trwać przez pewien okres. W takim przypadku całkowite rezultaty będą widoczne po dłuższym czasie. Ukrywanie wydatków może przyjąć formę zmian reguł indeksacji czy kryteriów dostępu do świadczeń (ale dotyczące tylko tych, którzy mają dopiero ze świadczenia skorzystać). Ta uwaga jest szczególnie ważna, gdy rozpatruje się *retrenchment* jako działanie *niepopularne*.

Po wtóre, „analiza zmian polityki społecznej musi się skupiać zarówno na jej strukturze jak i rozmiarze” i „w odróżnieniu od prostych cięć wydatków, rozpatrywanie *retrenchmentu* to analiza konfliktów politycznych toczących się na temat charakteru *welfare state*”¹⁰. Nie tylko poziomy wydatków, ale ich kształt powinny być brane pod uwagę: czy są

⁸ Taylor – Gooby i in., *European welfare futures...*, s. 2.

⁹ N. Gilbert, *Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility*, Oxford University Press, 2002, s. 44.

¹⁰ *Ibidem*, s. 15.

to programy selektywne czy uniwersalistyczne, czy zapewniane są przez państwo, finansowane przez podatki bądź ze składek itd.

Ponieważ powyższe kwestie mogą być niezależne od generalnego poziomu wydatków socjalnych, Pierson posiłkuje się rozróżnieniem dokonanym przez Richarda Titmussa na instytucjonalne i rezydualne (marginalne) modele polityki społecznej. Model instytucjonalny charakteryzuje się przejrzystością i powszechnością programów społecznych, świadczeniem ich głównie przez państwo. Polityka społeczna w modelu instytucjonalnym ma za zadanie zmniejszać różnice pomiędzy klasami i grupami społecznymi (poprzez re-dystrybucje) oraz ograniczać wpływ wolnego rynku na szanse życiowe. W modelu marginalnym polityka społeczna w dużo mniejszym stopniu koryguje wpływ mechanizmów rynkowych i odrzuca przejrzyste i powszechne programy socjalne na rzecz subsydiowania świadczeń prywatnych (ryнку i rodziny). Ponieważ jej celem jest stworzenie „sieci bezpieczeństwa”, charakteryzuje się selektywnością (wkracza wtedy, gdy wszystkie inne możliwości pomocy są wyczerpane) i minimalnym poziomem świadczeń.

Po trzecie, Pierson rozróżnia dwa rodzaje *retrenchmentu*: systemowy i programowy. Programowy może być scharakteryzowany jako działanie polegające na cięciach wydatków albo na zmianie kształtu programów socjalnych. Systemowy jest bardziej złożony, lecz generalnie może być określony jako zmiana otoczenia politycznego w celu przeprowadzenia zmian w przyszłości. Innymi słowy, oznacza zmianę kształtu instytucji politycznych dla uniknięcia opozycji ze strony wyborców¹¹.

Powyższe punkty pokazują, jak zróżnicowanych strategii mogą używać rządzący, zwłaszcza w sytuacji, gdy chodzi o podjęcie decyzji niepopularnych. Pierson nazywa je następująco: rozmywanie (decyzji), dzielenie (opozycji) i kompensacja (strat niektórych grup). Mają one na celu zapobieżenie formowaniu się aktywnej opozycji. Jak pisze autor, pod tym względem *retrenchment* „przypomina ekspansję *welfare state* z uwagą, jaką przykłada się do roli aktorów społecznych, odgrywających istotną rolę w kształtowaniu wyników działań politycznych (...), jakkolwiek rola tych uczestników uległa wyraźnej zmianie”¹².

Paul Pierson definiuje *retrenchment* następująco: „jest to działanie polegające na obcinaniu wydatków socjalnych, przekształcaniu programów socjalnych tak, by działały jak w modelu rezydualnym albo przekształcaniu otoczenia politycznego, które umożliwi takie zmiany w przyszłości”¹³. Jak można zauważyć, definicja opiera się na trzech wymiarach: wydatkach, ich strukturze oraz na politycznym kontekście aktywności *welfare state*. Dwa pierwsze elementy można zaliczyć do programowego *retrenchmentu*, trzeci do systemowego.

Jak wspomniano powyżej, *retrenchment* programowy polega na „obcinaniu wydatków bądź przekształcaniu programów socjalnych”¹⁴. Autor skupia się na trzech wymiarach te-

¹¹ *Ibidem*, s. 17.

¹² *Ibidem*, s. 28.

¹³ P. Pierson, *Dismantling the welfare state? op. cit.*, s. 17

¹⁴ *Ibidem*, s. 15.

go zjawiska: wyraźnym wzroście roli *means-testing*, przenoszeniu odpowiedzialności za problemy socjalne do sektora prywatnego oraz poważne zmiany zasad rządzących dostępem do świadczeń i samymi świadczeniami¹⁵.

Retrenchment systemowy jest ogólnie opisany jako zmiany otoczenia politycznego, które umożliwi retrenchment programowy w przyszłości. Może on przyjąć cztery formy opisane poniżej.

Po pierwsze, jak pisze Pierson, „rząd może zmniejszać rozmiary *welfare state* poprzez ograniczanie dochodów przyszłych administracji”¹⁶. Może to być na przykład zmniejszanie stop podatkowych albo ograniczanie możliwości podnoszenia tychże stóp w przyszłości. Rząd może także wybierać niepewne z jego punktu widzenia źródła finansowania takie jak obligacje. Wreszcie rząd, przy zachowaniu wysokości dochodów może zwiększać wydatki na inne cele. To prowadzić może do zmniejszenia się wydatków na programy socjalne.

Druga forma to „wywołana przez odpowiedni typ polityki zmiana opinii publicznej, mająca na celu osłabienie powszechnego przywiązania do zaspokajania potrzeb socjalnych przez państwo”¹⁷. Rząd może prowadzić politykę, która nastawiona jest na wzrost zainteresowania niepublicznymi formami świadczeń socjalnych (poprzez zachęty do prywatyzacji i konkurencji między wieloma podmiotami).

Po trzecie, *retrenchment* systemowy może przyjąć wariant polegający na „zmianach w instytucjach politycznych powodujących modyfikację procesu decyzyjnego i w efekcie, jego wyników”¹⁸. Zmiana „reguł gry” może mieć poważny wpływ na pozycję grup interesu (na przykład związków zawodowych) i ich możliwości do konkurowania w procesie kreowania polityki społecznej. Centralizacja umożliwi politykom wprowadzenie polityki wedle ich preferencji. Decentralizacja z drugiej strony może być zachętą dla samorządów lokalnych by konkurować ze sobą. Może to stać się przeszkodą dla hojnej polityki społecznej.

Wreszcie, rząd może próbować osłabić grupy propagujące rozbudowane *welfare state*. Władze próbujące obciąć wydatki, będą starały się zminimalizować opozycję. Zmniejszanie dotacji budżetowych dla organizacji, ograniczanie prawa do organizowania się lub przeprowadzanie akcji politycznych są przykładami takich działań.

Definicja Paula Piersona, jak przedstawiono powyżej, obejmuje większe spektrum działań przeprowadzanych przez władzę niż definicja P. Taylora–Gooby’ego. W odróżnieniu od tej ostatniej, bierze ona pod uwagę również wymiar polityczny, zarówno w momencie tworzenia i wprowadzania programów socjalnych jak i w przyszłości. Umożliwia to analizę polityki społecznej z dużo szerszej perspektywy. Dzięki takiemu podejściu do badania, definicja Piersona jest bardziej wrażliwa na zmiany polityki społecznej w wielu jej aspektach.

¹⁵ P. Pierson, „The New Politics of the Welfare State”, *World Politics* 48.2 (1996), s. 157.

¹⁶ P. Pierson, *Dismantling the welfare state? op. cit.*, s. 15.

¹⁷ *Ibidem*, s. 16.

¹⁸ *Ibidem*, s. 16.

Takie podejście wymaga ostrożności przy formułowaniu ostatecznych wniosków. Włączenie do analizy zmian zarówno instytucjonalnych (element *systemowy*), jak i programów socjalnych (element *programowy*) może powodować trudności w ich właściwej ocenie. Jak słusznie zauważa Christoffer Green-Pedersen, pewne zmiany instytucjonalne mogą być definiowane jako *retrenchment*, ponieważ w sposób pośredni wpływają na kształt programów socjalnych. Zastrzega jednak, że nie wszystkie zmiany *systemowe* prowadzą do zmian *programowych*¹⁹. Green-Pedersen proponuje rozdzielenie tych dwóch sfer podczas oceny, by uniknąć uznania zmian instytucjonalnych za *retrenchment* w sytuacji, w której nie miał on miejsca. Taki sposób rozumowania zostanie przyjęty w tym artykule.

Część empiryczna

J. Palme i I. Wennemo zauważyli, że „niemalże każdy element [szwedzkiego systemu zabezpieczenia społecznego] przechodzi reformę”²⁰. To studium rozpatruje cztery elementy: emerytury, zasiłki dla bezrobotnych, służbę zdrowia oraz opiekę nad osobami starszymi. Jak można zauważyć, dwa z nich reprezentują świadczenia pieniężne, dwa – usługi. To zróżnicowanie umożliwia objęcie większego zakresu działań *welfare state* i jego relacji z rodziną i rynkiem – reprezentujących dwa obszary wchodzące w skład działań generalnie określanych jako prywatyzacja²¹, w kierunku których państwo przeprowadzające *retrenchment* może się zwrócić.

Udział sektora usług jest także ważny z innego powodu. R. Clayton i J. Pontusson wskazują w nawiązaniu do Piersona, że usługi mogą być dotknięte *retrenchmentem* w dużo większym stopniu²². Argumentują oni, że cięcia w tym sektorze są mniej nagłe i zauważalne niż zmiany w świadczeniach pieniężnych: następuje obniżenie jakości usług ale nie powoduje to takiego społecznego niezadowolenia jakie miałyby miejsce w przypadku cięć w świadczeniach. Po drugie, sposób w jaki wprowadzano świadczenia (konsensus) i powszechne przywiązanie do nich uniemożliwiają łatwe ich ograniczanie. Po trzecie, preferowanie świadczeń ubezpieczeniowych a nie usług może być przejawem niechęci do postępującej integracji europejskiej, zabraniającej dyskryminacji na podstawie narodowości. Ponieważ świadczenia są zazwyczaj oparte na dochodzie z pracy a usługi finansowe pośrednio, w ten sposób można ominąć problem obcokrajowców nie finansujących sy-

¹⁹ Ch. Green-Pedersen, „The Dependent Variable Problem within the Study of Welfare State Retrenchment: Defining the problem and looking for solutions”, Centre for Comparative Welfare Studies, University of Aalborg.

²⁰ Palme J., I. Wennemo, *Swedish Social Security in the 1990s: Reform and Retrenchment*. Valfärdprojektet, Stockholm 1998, s. 5.

²¹ Ascoli U., Ranci C., „The Context of New Policies in Europe”, w: *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatisation* eds. Ascoli U., Ranci C., Kluwer Academic 2002, s. 11–17.

²² R. Clayton, J. Pontusson, „Welfare State Retrenchment Revisited: Entitlements Cuts, Public Sector Restructuring, and Inegalitarian Trends in Advanced Capitalist Societies”, *World Politics* 51.1 (1998), s. 95–96.

stemu a chcących korzystać z jego hojności. Wreszcie, nastawiony na usługi *retrenchment* może być pochodną rosnącego zainteresowania koalicji pracodawców i pracowników sektorów gospodarki narażonych na konkurencję międzynarodową, dotyczącego obniżania kosztów działalności. Pracodawcy byłiby skłonni poprzeć wszystkie cięcia wydatków publicznych, niemniej poparcie pracowników jest uwarunkowane utrzymaniem świadczeń ubezpieczeniowych. W efekcie, sektor publiczny (usług) jest bardziej narażony na *retrenchment*.

Emerytury

W roku 1990 publiczny system emerytalny składa się z dwóch filarów: emerytury bazowej (o jednej stawce) i emerytury dodatkowej (ATP). Obydwa filary operowały na zasadzie repartycji i finansowane były przez pracodawców z opłacanych na ten cel składek. Osobom w wieku emerytalnym, które nie kwalifikowały się do otrzymywania emerytur z ATP, system bazowy zapewniał świadczenia o jednakowej wysokości, natomiast filar ATP zapewniał świadczenia oparte na uzyskiwanych uprzednio dochodach zgodnie z zasadą „ustalonej wysokości świadczenia”. Pełna emerytura z filaru dodatkowego stanowiła około 60% (do ustalonego limitu kwotowego) przeciętnego dochodu z najlepszych 15 lat pracy przy spełnieniu warunku stażu pracy liczącego 30 lat²³.

Szwedzki system emerytalny przed reformą wypełniał kryteria instytucjonalnego *welfare state*. Jest przejrzysty w sensie wysokości przyszłych świadczeń i dostępności do nich (jeden system dla wszystkich) oraz publiczny (zarządzany przez władzę). Jednym z jego celów jest redukcja różnic społecznych poprzez redystrybucję

W roku 1994 większość w szwedzkim parlamencie osiągnęła porozumienie co do zasad, wedle których nowy system emerytalny powinien funkcjonować. Jak określa to J. Palme „reforma reprezentuje zarówno ciągłość jak i zmianę w stosunku do starego systemu”²⁴. Zmiana tkwi w warunkach uzyskiwania świadczeń, indeksacji emerytur, sposobu zarządzania funduszami emerytalnymi oraz związku pomiędzy bazową a powiązaną z dochodami transferami (przejście ze zdefiniowanego świadczenia do zdefiniowanej składki). Po reformie system składa się także z dwóch obowiązkowych filarów: NDC (*notional defined contribution*, będącego kombinacją PAYG i systemu kapitałowego) oraz indywidualnych i w pełni opartych na zasadzie kapitałowej kont, zarządzane przez prywatne instytucje. System uzupełnienia dobrowolne ubezpieczenie zakładowe)²⁵. Oznacza to wyraźną zmianę – po raz pierwszy w historii szwedzkich ubezpieczeń emerytalnych część obowiązkowych składek jest zarządzana przez prywatne przedsiębiorstwa.

²³ K. Anderson, *Welfare State Adjustment in Sweden and the Netherlands*, Paper prepared for the Biennial Conference of Europeanists, Chicago, March 14–16, 2002.

²⁴ Palme J., Wennemo I. *Swedish Social Security...*, *op. cit.*, s. 20.

²⁵ Opis nowego systemu poniżej jest oparty głównie na pracy Edwarda Palmera: *The Swedish Pension Reform Model: Framework and Issues*. Social Protection Discussion Paper Series No. 0012, World Bank, June 2000.

Drugim celem była przejrzysta redystrybucja. Ma on być osiągnięty poprzez politykę redystrybucyjną opartą na zasobach budżetowych ściśle doń przypisanych. Najbardziej znaczącym przykładem jest emerytura gwarantowana, przeznaczona dla osób, które nie nabyły prawa do emerytury lub ich emerytury są bardzo małe. Czwartym celem miało być stworzenie oszczędności zarządzanych przez prywatne instytucje finansowe.

Jeśli chodzi o kryteria dotyczące wieku emerytalnego, w starym systemie były one następujące: emerytura bazowa w pełnej kwocie była wypłacana wszystkim tym, którzy przebywali na terenie Szwecji odpowiednio długo i osiągnęli wiek 65 lat z lubw wymiarze zredukowanym już od wieku 61 lat. W roku 1992 Szwecja ratyfikowała porozumienie dotyczące Europejskiego Obszaru Ekonomicznego, co spowodowało zaostrzenie tych kryteriów²⁶. Od tego momentu świadczenie w pełnej wysokości jest wypłacane osobom, które przebywały w Szwecji nie mniej niż 40 lat. W rezultacie, liczba emerytów, którym wypłacane jest takie świadczenie spadła. Emerytura bazowa jest finansowana przez pracodawcę, który wpłacał na ten cel 7,45% funduszu płac i dofinansowywana przez budżet centralny

Emerytura z systemu uzupełniającego (ATP) w pełnej wysokości wypłacana jest osobom w wieku 65 lat i w zmienionym wymiarze od 60 lat. Wymagane jest do niej 30 lat pracy. Jej wysokość ustala się na podstawie przeciętnej z 15 najlepszych pod względem zarobków lat. ATP jest finansowane przez pracodawcę, wpłacającego 13% funduszu płac na ten cel. Zmiany w sytuacji demograficznej były asekurowane przez specjalny fundusz. Środki na nim zgromadzone inwestowane były głównie w papiery rządowe oraz obligacje budowlane²⁷.

W nowym systemie nie ma wyraźnie określonego wieku emerytalnego: można ją pobierać od 61 roku życia. Jedynie emerytura gwarantowana jest dostępna w wieku 65 lat. Tylko osoby, które nie mają żadnego przychodu emerytalnego (lub jest on bardzo niski), są do niej uprawnione (przy wymogu pobytu w Szwecji przez 40 lat). To świadczenie jest finansowane poprzez przychody budżetu centralnego²⁸.

Zamiast formuły 15/30, nowe emerytury są oparte na wysokości zarobków z całej historii zawodowej. Uległa przekształceniu struktura finansowania: wprowadzono podział: na pracodawcę (płaci 10,21%) i pracownik a (7%) z podstawy wynagrodzenia. Dodatkowo, opłacanie emerytury bazowej zostało przeniesione z pracodawcy na budżet centralny.

Jak wynika z raportu dotyczącego zmian szwedzkiej polityki społecznej, rola dodatkowych ubezpieczeń emerytalnych wzrosła znacząco. Liczba ubezpieczeń opartych na zakładowych porozumieniach zbiorowych wzrosła ponaddwukrotnie (z 17% ludności w wieku 18–64 w roku 1990 do odpowiednio 35% w 1999).

²⁶ Prawo wspólnotowe nakazuje przeznaczenie części zabezpieczenia społecznego tylko dla obywateli państw – Członków Unii Europejskiej. Z powodu dużej liczby imigrantów spoza UE, niemożliwe jest zapewnienie każdemu z nich świadczenia w pełnej wysokości, *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s*, ed. J. Palme, Ministry of Health and Social, Ministry Publications Series 2002:32, June 2002, s. 136.

²⁷ *Ibidem*, s. 125.

²⁸ *The Swedish National Pension System*, Ministry of Health and Social Affairs/National Social Insurance Board, s. 5, www.rfv.se

Osobna kwestia w tym kontekście jest reforma systemu emerytalnego. E. Palmer twierdzi, że włączenie elementu prywatnego do publicznego systemu to tylko etap ewolucji²⁹. Niemniej dla wielu badaczy jest to zmiana dużo bardziej znacząca. Prawie 14% wszystkich środków emerytalnych będzie zarządzana i inwestowana przez prywatne instytucje³⁰. Oznacza to poważną zmianę w filozofii finansowania, co z kolei może przełożyć się na działalność całego szwedzkiego *welfare state*. Można to także interpretować w kategoriach przerzucania odpowiedzialności z państwa na pracownika (i prywatną instytucję finansową). Przyczynić może się to do promowania polegania na sobie i w efekcie, do osłabienia więzi pomiędzy szwedzkim *welfare state* i jego obywatelami.

W latach 90. poziom świadczeń emerytalnych (bazowych, uzupełniających i dodatków do nich) był przedmiotem licznych zmian, dotyczących zwłaszcza cenowej kwoty bazowej (*price base amount*). Kwota bazowa jest podstawą do kalkulowania świadczenia – jej zmiany przekładają się na wysokość emerytury. Podobny efekt ma zmiana reguł indeksacji.

Pomiędzy latami 1991 i 1995, postępujące „dostosowania” zredukowały wartość kwoty bazowej o 11% w stosunku do wzrostu realnego cen, przy czym nie dokonano dotychczas wyrównania. W rezultacie poziom realnych świadczeń spadł³¹.

Sumując, najważniejsze różnice pomiędzy starym i nowym systemem są następujące. Po pierwsze, główną zmianą polega na przejściu ze „zdefiniowanego świadczenia” do „zdefiniowanej składki”. Po drugie, jak pisze K. Anderson: „aby otrzymać takie samo świadczenie w nowym systemie [w porównaniu do starego], będzie wymagane przynajmniej 40 lat pracy”³². Pomimo przejrzystości systemu (każdy ubezpieczony co roku otrzymuje zaświadczenie o dotychczas zgromadzonych środkach), pracujący nie mogą dokładnie przewidzieć wysokości przyszłego świadczenia z powyższych przyczyn.

Szwedzki system emerytalny w latach 90. podlegał wielu zmianom. Po pierwsze i najważniejsze, przeprowadzono jego reformę. Jak próbowano wykazać, reformę można scharakteryzować do pewnego stopnia jako przejście od „instytucjonalnego” do „rezyduального” (używając typologii Titmussa).

Przykładami tego trendu są: częściowa prywatyzacja (zarówno zarządzania jak i inwestowania), stosowanie kryterium potrzeb w przypadku emerytur gwarantowanych oraz zależności pomiędzy długością wpłacania składek a wysokością świadczenia. P. Taylor–Gooby argumentuje, iż nie jest to *retrenchment* lecz zmiana, której kierunek trudno ocenić: jest niejasne, czy reforma „przyczyni się do erozji podstaw uniwersalnego obywatelstwa czy też szwedzkiemu modelowi uda się pokonać wyzwania (...) bez fundamentalnej zmiany”³³. Z drugiej strony, jeśli związanie składek ze świadczeniem jest bardziej bezpośre-

²⁹ E. Palmer, „The evolution Of Public And Private Insurance in Sweden During The 1990” in: *Regulation Private Schemes* nr 4, OECD, s. 48–49.

³⁰ N. Gilbert, *Transformation of the Welfare State*, *op. cit.*, s. 13.

³¹ J. Palme, I. Wennemo, *Swedish Social Security...*, *op. cit.*, s. 24.

³² K. Anderson, T. Meyer, *The Third Way...*, *op. cit.*, s. 15.

³³ P. Taylor–Gooby, „The Silver Age of the Welfare State: Perspectives on Resilience”, Paper presented at the 2nd COST 15 Conference *Welfare Reforms for the 21st Century* Oslo 5–6 April 2002, s. 20.

dnie, system straci dużo ze swego redystrybucyjnego charakteru. Kolejną ważną kwestią jest podział opłacania składki na pracownika i pracodawcę. Przerzucenie części składki na pracownika miało na celu pobudzenie wzrostu świadomości społecznej dotyczącej kosztów emerytur i równocześnie psychologiczne „przywiązanie” ich do składek (nacisk na element indywidualistyczny, a nie solidaryistyczny).

Dowody przedstawione powyżej pozwalają na stwierdzenie, że *retrenchment* wystąpił w szwedzkim systemie emerytalnym podczas minionej dekady w obydwu jego formach: programowej i systemowej. Pierwsza jest widoczna w zmianach starego systemu emerytalnego: zarówno w cięciach wydatków, jak i przekształcaniu programów na niekorzyść świadczeniobiorców, ale i ograniczaniu uprawnień w nowym systemie (element gwarantowany czy wydłużenie przewidywanego okresu pracy dla uzyskania świadczenia porównywalnego z tym ze starego systemu). Działanie prywatyzacyjne należy uznać za obydwie formy *retrenchmentu*: w pewnym stopniu programowy – przekazanie części kompetencji sektorowi prywatnemu, w pewnym zaś systemowy – poprzez promowanie postaw indywidualistycznych wśród opinii publicznej oraz ograniczenie finansowania działalności przyszłych rządów (jak wspomniano, finansowano w ten sposób budownictwo mieszkaniowe i inne cele socjalne).

Zasiłki dla bezrobotnych

Ubezpieczenie od bezrobocia, od czasu wprowadzenia (czyli od 1917 roku), ma charakter dobrowolny i jest kontrolowane przez związki zawodowe (przy czym dla członków niektórych z nich są obowiązkowe). Od 1948 roku, kiedy stworzono Narodową Radę Rynku Pracy (AMS), lokalne biura pracy zostały znacjonalizowane i jej podporządkowane³⁴. Należy podkreślić, że dzięki skutecznej polityce pełnego zatrudnienia, rola ubezpieczeń od bezrobocia była stosunkowo mała.

Szwedzki system ubezpieczenia dla bezrobotnych składa się z dwóch części: bazowej (*basic assistance scheme*) wprowadzonej w roku 1974 oraz dobrowolnego ubezpieczenia dla tych, którzy są członkami Towarzystwa Ubezpieczenia od Bezrobocia (*Unemployment Insurance Society*). Część bazowa jest programem zapewniającym świadczenia o stałej wysokości dla tych, którzy nie kwalifikują się do zasiłków z funduszy związkowych³⁵. Towarzystwo z kolei jest ściśle powiązane ze związkami zawodowymi (świadczenia są wypłacane w znacznej mierze ubezpieczonym w funduszach od bezrobocia administrowanych przez związki). Jest jednak możliwe dla osób niezrzeszonych przystąpienie do Towarzystwa, przy czym należy uiszczać niewielką opłatę za dodatkową administrację.

W roku 1991 około 80% pracowników należało do funduszy związkowych (co było zresztą jedną z największych zachęt do przyłączania się do ruchu związkowego). W praktyce, zasiłki były wypłacane przez nieograniczony okres z powodu skomplikowanych re-

³⁴ S. Olsson, *Social Policy and Welfare State in Sweden*, op. cit., s. 132–133.

³⁵ *Employment Outlook 2001*, OECD, p.1, www.oecd.org.

guł dotyczących ponownej kwalifikacji do świadczenia (udziału w programach aktywnej polityki rynku pracy)³⁶.

Uprawnionymi do świadczenia są osoby, które nie posiadają pracy, poszukują jej i są zarejestrowane w biurze zatrudnienia. Dodatkowo, muszą one spełnić dwa warunki: członkostwa i zatrudnienia.

Kryterium wymogu pracy ulegało wielu zmianom. Najistotniejsza miała miejsce w 1997 roku; uprawnienia do świadczenia nabywa się po sześciu miesiącach pracy (przynajmniej 70 godzin miesięcznie podczas tego okresu) w ciągu 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających utratę pracy. Oznacza to, że wymóg ten został wydłużony o jeden miesiąc³⁷.

Dwie zmiany dotyczące składek są warte uwagi. Po pierwsze w 1993 roku rząd wprowadził klauzule obowiązkowości w ubezpieczeniu od bezrobocia. Ci, którzy nie przystąpili do dobrowolnych programów, byli wcielani od rządowych odpowiedników. Oznacza to, że system stał się uniwersalistyczny. Po drugie, w tym samym roku dokonano podziału w strukturze płacenia składek: 1,5% wynagrodzenia było wnoszone w formie składki przez pracownika. Było to przywróceniem regulacji zarzuconej w 1974. Obie zmiany z 1993 zostały zniesione rok później³⁸.

Jeśli chodzi o okres otrzymywania świadczenia, nie wystąpiły żadne duże zmiany. Niemniej jednak, podniesiono wiek pracowników uprawniający do dłuższego okresu zasiłku dla osób przed emeryturą. Inna zmiana miała miejsce w roku 1993. Pięciodniowy okres oczekiwania (pomiędzy stwierdzeniem prawa do świadczenia a jego wypłaceniem), zniesiony w 1987, został przywrócony.

Stopa zastąpienia świadczenia była przedmiotem wielu zmian w latach 90. W 1993 była ona obniżona z 90 do 80% wynagrodzenia. Następne cięcie wprowadzono w roku 1996. Stopa zastąpienia osiągnęła najniższy poziom podczas dekady i wynosiła 75%. W 1998 poziom 80% procent został przywrócony³⁹.

Prezentowane powyżej miary mają jednak charakter nominalny: szwedzki system ubezpieczeń od bezrobocia zawiera także ograniczenia wysokości wypłacanego świadczenia: „w rezultacie, wielu bezrobotnych otrzymywało maksymalne świadczenia a kwoty im wypłacane były niższe niż wynikałoby to z warunków określonych procentowo”⁴⁰. Proporcja osób, których dochód powinien przekroczyć górny próg wzrosła z 44,7% w 1992 do ponad 50% w końcu dekady. Realna przeciętna stopa zastąpienia spadła w ciągu tego okresu z 81,3 do 70,5%.

Nielatwa jest ocena zmian dotyczących ubezpieczenia dla bezrobotnych w kontekście definicji Piersona. S. Olsson pisze, że w porównaniu z innymi elementami zabezpieczenia społecznego, ten akurat jest słabo rozwinięty⁴¹. Po pierwsze, nigdy nie był obowiązkowy

³⁶ K. Anderson, *Welfare State Adjustment in Sweden and the Netherlands*, op. cit., s. 17.

³⁷ *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s*, op. cit., s. 139.

³⁸ *Ibidem*, s. 17, 31 i S. Olsson, *Social Policy and Welfare State in Sweden*, op. cit., s. 362.

³⁹ Å. Bergmark, J. Palme, „Welfare and the unemployment crisis...”, s. 112.

⁴⁰ *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s*, op. cit., s. 139.

⁴¹ S. Olsson, *Social Policy and Welfare State in Sweden*, op. cit., s. 362.

(zatem w pewnym sensie uniwersalistyczny) z krótkim wyjątkiem dla lat 1993–1994. Po drugie, jest on prywatny (lub ujmując inaczej, niepubliczny). Dla tych przyczyn, jego powszechny efekt redystrybucyjny jest ograniczony (co nie znaczy, że nie istnieje).

Niemniej, pewne trendy w analizowanym okresie są widoczne. Hojność świadczeń generalnie ujmując spadała. Kryteria dostępu zostały zaostrzone w porównaniu z początkiem dekady i przywrócony został czas oczekiwania na zasiłek. Od roku 1993 wydatki publiczne na ten cel (głównie na subsydia) spadały. Z drugiej strony, należy pamiętać, że i bezrobocie zaczęło spadać od tego czasu, w związku z tym wydatki podążały za ilością świadczeń.

Można stwierdzić, że *retrenchment* programowy wystąpił w badanym okresie. Jednakże należy od razu zastrzec, że w niewielkim stopniu. Stopa kompensacji spadła z 90 do 80% co wpłynęło na wysokość wypłacanych zasiłków. Wydłużono okres pracy, po którym nabywa się prawo do zasiłku i przywrócono okres oczekiwania na jego wypłacenie. Pogorszenie sytuacji jest zauważalne, niemniej nie zbliża się nawet do poziomu świadczeń oferowanych w innych krajach. Istnieje prawdopodobieństwo, że zmiany te mogą wywołać (choć dotychczas w stosunkowo małym stopniu) wzrost zainteresowania prywatnymi formami ubezpieczeń od bezrobocia. W związku z tym można mówić także o *retrenchment*ie systemowym, niemniej należy mieć na uwadze postulaty Green-Pedersen (zmiana systemowa może, lecz nie musi prowadzić do programowej).

Służba zdrowia

Sposób, w jaki służba zdrowia jest finansowana, zorganizowana i działa, był jedna z głównych kwestii w debacie dotyczącej szwedzkiej polityki społecznej lat 90. Szwedzka służba zdrowia leży w gestii władz publicznych. Od lat 70. można zaobserwować nowe tendencje, których jednym z najbardziej wyrazistych przejawów był Health Care Act wprowadzony w roku 1983. Zakończył on sukcesywny proces przekazywania odpowiedzialności za wszystkie usługi medyczne z poziomu ogólnokrajowego na niższy, czyli regionu (*county council*). W reformie tej określono podejście do planowania w ochronie zdrowia jako oparte na potrzebach (*needs – based approach*) i wyznaczono odpowiedzialność za opiekę profilaktyczną i promocję zdrowotną. Jednym z celów reformy było stworzenie niezbędnych ram dla planowania i działalności medycznej. Pozwoliło to na włączenie usług medycznych oferowanych przez inne podmioty, takie jak prywatne praktyki lekarskie lub prywatnych lekarzy w medycynie zakładowej⁴².

Rozwój w latach 90. polegał na tworzeniu planowanych rynków w ramach landów. Wiele z nich wprowadziło systemy zarządzania, w których wyodrębniono funkcję podmiotu nabywającego usługi (*purchaser*) od oddzielnego podmiotu zapewniającego je (*provider*). Podmioty nabywające – publiczni administratorzy systemu ochrony zdrowia –

⁴² F. Diderichsen, „Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden” *Health Policy* 32 (1995), s. 149.

reprezentują pacjentów i w ich imieniu kontraktują usługi od publicznych i/lub prywatnych usługodawców. Jeśli chodzi o określenie dorobku szwedzkiej służby zdrowia, kluczowym słowem jest decentralizacja. Landy i gminy mają zagwarantowaną dużą autonomię w stosunku do rządu centralnego. Wyłączając pewne elementy ogólnokrajowej polityki zdrowotnej, legislacji jej dotyczącej oraz nadzoru, pozostała część odpowiedzialności jest domeną samorządów lokalnych⁴³.

Jak pisze A. Anell, jeśli chodzi o reformę i decentralizację służby zdrowia, mogą być wyróżnione trzy główne tendencje⁴⁴. Po pierwsze, władze prawie wszystkich regionów zdecydowały o poszerzeniu możliwości wyboru obywateli pomiędzy konkurencyjnymi usługami służby zdrowia. Po drugie, ambicją większości władz regionów było oddzielenie odpowiedzialności za nabywanie i zapewnianie usług medycznych. Zadania szpitali zostały zmienione na skutek decyzji z 1992, kiedy to przeniesiono finansową odpowiedzialność za długookresową opiekę szpitalną na gminy. Od czasu reformy Adela gminy muszą płacić szpitalom za opiekę nad pacjentami, którzy nie wymagają już tego typu szpitalnej usługi. Trzecim głównym elementem jest decentralizacja wydatków na leki do poziomu regionów, tak by umożliwiła bardziej zintegrowane zarządzanie kosztami. W szwedzkim systemie istnieją umiarkowane opłaty pacjentów, ustalane do pewnego poziomu.

Jeśli chodzi o prywatne ubezpieczenia zdrowotne, ich wzrost należy uzasadnić następująco: pracodawca płaci składki na ubezpieczenie prywatne by uniknąć długiego urlopu zdrowotnego pracowników. Ubezpieczony ma w takim przypadku dostęp do bezzwłocznej i właściwej opieki medycznej. Rosnące niepubliczne wydatki ilustrują wzrost tej formy ubezpieczenia. Oznacza to między innymi częściowe przeniesienie odpowiedzialności z władz publicznych na sektor prywatny (pracodawców)⁴⁵. Należy podkreślić, że „ten rodzaj ubezpieczenia nie zapewnia alternatywnego wyjścia dla osób o słabym zdrowiu, ponieważ nie spełniają one warunków do ubezpieczenia, a dla innych będzie ono niewystarczające jeśli zbyt dużo osób w gorszej kondycji zdrowotnej do niego przystąpi”⁴⁶. Rosnący w siłę prywatni usługodawcy argumentują, by rola wydatków prywatnych była większa w sytuacji kiedy źródła publiczne są niewystarczające a opłaty nie mogą być podwyższane bez wpływu na wzrost żądań. Zwiększanie roli wydatków prywatnych może podminować przekonanie obywateli w kwestii publicznego finansowania. F. Diderichsen podkreśla: „Można zatem oczekiwać większych żądań społecznych dotyczących ulg podatkowych na wydatki prywatne i erozji przywiązania do całego uniwersalistycznego systemu i wysokich podatków, których on wymaga”⁴⁷.

⁴³ Diderichsen F. „Sweden” *Journal of Health Politics, Policy and Law*, t. 25, nr 5, October 2000, s. 931–932.

⁴⁴ A. Anell „The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience.” *Health Policy* 37 1996 (37).

⁴⁵ J. Lehto, N. Moss, T. Rostgaard, *Universal public social care and services? w: Kautto M. Nordic Social Policy*, Routledge, 1999, s. 114.

⁴⁶ *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s, op. cit.*, s. 111.

⁴⁷ F. Diderichsen, „Sweden”, *op. cit.*, s. 934.

System pokrywania kosztów świadczeń został zdecentralizowany (robią to władze regionalne). Oznacza to, że każdy z regionów reguluje wysokość opłaty samodzielnie. W efekcie, w jednych z nich (posiadających większe przychody podatkowe) opłaty mogą być mniejsze, w innych (o mniejszych przychodach), większe. Ponadto, realne koszty opłat podczas lat 90. wzrosły o 25%⁴⁸. S. Elofsson zwraca uwagę, iż podnoszenie opłat prowadzi do rezygnacji z usług w służbie zdrowia. Odnosi się to zwłaszcza do osób w kiepskiej sytuacji ekonomicznej, źle wyedukowanych, o słabym zdrowiu, bezrobotnych, studentów, imigrantów oraz samotnych matek z dziećmi. Badania wykazują, że niemal jedna czwarta potencjalnych pacjentów rezygnuje z poszukiwania opieki lekarskiej⁴⁹ a dostęp do specjalisty z pominięciem szczebla podstawowego wymaga opłaty dwa razy większej. Stąd, dostęp do specjalistów może być ograniczony dla niektórych osób. Podobna sytuacja była obserwowana jeśli chodzi o opłaty za leki⁵⁰. Usługi dentystyczne także były przedmiotem wielu zmian w ciągu ostatniej dekady jeśli chodzi o opłaty ze strony klientów. Autorzy raportu o szwedzkiej polityce społecznej ujmują ten problem następująco: „rosnące koszty powodują, iż spada liczba osób korzystających z usług dentystycznych, także wśród tych, którzy ich wymagają”⁵¹. Zaprezentowane dowody popierają twierdzenie, że decentralizacja rodzi prawdopodobieństwo powstania nierówności pomiędzy pewnymi grupami społecznymi, zwłaszcza jeśli chodzi o dostęp do służby zdrowia.

Zatrudnienie w szwedzkiej służbie zdrowia uległo zmianom zarówno w kategoriach liczbowych jak i jego strukturze. Po pierwsze, liczba lekarzy rośnie od początku ubiegłej dekady. Jeśli odnieść ją do zmian w populacji szwedzkiej (liczba lekarzy na tysiąc osób), wzrost jest stosunkowo nieznaczny. Po drugie, zatrudnienie personelu pomocniczego spadało podczas lat 90. Z drugiej strony, jego kwalifikacje rosły: wykwalifikowane pielęgniarki wypierają pomoce pielęgniarские, przejmując także ich obowiązki⁵². Konsekwencją redukcji zatrudnienia personelu i w efekcie jego przeciążenia, jest ryzyko wystąpienia większej ilości błędów lekarskich. Podczas lat 90. liczba błędów lekarskich oraz wypadków przy pracy zwiększyła się ponad dwukrotnie⁵³.

Lata 90. można scharakteryzować jako czas postępującej prywatyzacji i cięć wydatków (pomimo generalnego wzrostu wydatków, spowodowanego rosnącym udziałem kosztów leków). W przypadku szwedzkiej służby zdrowia mamy zatem do czynienia z *retrenchmentem* programowym. Rosnąca rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, wzrost kosztów refundacji leków i usług medycznych oraz trudniejszy dostęp do nich są jego przejawami. Ponadto, reforma spowodowała iż dostęp ten jest nierówny: słabsze grupy nie korzystają z form prywatnych a jednocześnie rezygnują z usług publicznych.

⁴⁸ *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s, op. cit., s. 108.*

⁴⁹ S. Elofsson, A.-L. Uden, I. Krakau, „Patient charges...”, *op. cit., s. 1376–1380.*

⁵⁰ *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s, op. cit., s. 109.*

⁵¹ *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s, op. cit., s. 112.*

⁵² H. L. Ginsburg, M. G. Rosenthal, „Sweden: Temporary Detour or New Directions?” *op. cit., s. 132.*

⁵³ *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s, op. cit., s. 111.*

Uprawnione wydaje się twierdzenie także o *retrenchmencie* systemowym. Decentralizacja finansowania i zarządzania świadczeniami medycznymi mogą mieć wpływ na jakość usług, jak i zachowanie jednolitego standardu na terenie całego kraju (biedniejsze regiony z dużą ilością niezamożnych mieszkańców korzystających ze służby zdrowia). Ponadto zauważalne jest promowanie prywatnych ubezpieczeń, co w przyszłości może zaowocować znacznym ograniczeniem źródeł finansowania.

Opieka nad osobami starszymi

Szwecja była jednym z pionierów państwowej opieki nad osobami starszymi. Do lat 60. szwedzka polityka społeczna skupiała się głównie na zapewnianiu bezpieczeństwa ekonomicznego tej grupie. Z powodu niedorozwiniętego budownictwa dla osób w wieku podeszłym, władze rozpoczęły planowanie oraz tworzenie odpowiednich instytucji. W latach 60. i 70. rozwój różnorodnych form opieki dla seniorów podążał za wzrostem ich liczby. W latach 70. nacisk na tworzenie instytucji zaczął być kwestionowany z przyczyn ekonomicznych (znaczne koszty potrzebne do zaspokajania rosnących potrzeb) i humanitarnych (niekorzystne jest przenoszenie ludzi starych do domów starców, jeśli nie jest to konieczne)⁵⁴.

Lata 80. mogą być określone jako ciągły wzrost liczby ludzi starych i zarazem wyraźny spadek ilości instytucji opieki. Jednakże, w tym samym czasie, jakość usług polepszała się. Wprowadzono także nowe, takie jak: nocne patrole, grupy samopomocowe, opieka dzienna dla osób otepiałych, „posiłki na kółkach” (*meals-on-wheels*), systemy alarmowe oraz usługi transportowe. Czyniono także wysiłki, by poprawiać jakość usług dla tych, którzy wymagali opieki instytucjonalnej.

Generalnie, rozwój sprzed ostatniej dekady może być oparty był na dwóch zasadach. Pierwsza z nich zakłada, że opieka jest zorganizowana w sektorze publicznym i dostarczana w formie usługi (a nie poprzez transfery pieniężne na przykład). Druga z nich jest to zasada „profesjonalizacji”, co oznacza, że opieka musi być zapewniona przez odpowiednio przeszkoloną i wykwalifikowaną osobę⁵⁵.

Reforma Ädela przekazała także odpowiedzialności za osoby stare gminom. Między innymi, obowiązkiem gminy stało się zapewnienie opieki zdrowotnej dla nich w specjalnych miejscach zakwaterowania oraz podczas dziennych form aktywizacji (wcześniej gminy były odpowiedzialne za mieszkalnictwo i opiekę społeczną). Jednym z ważnych komponentów reformy było przekazanie odpowiedzialności finansowej za pacjentów w szpitalach regionalnych i oddziałach geriatrycznych, których leczenie było ukończone z poziomu regionów do gmin⁵⁶. Innym celem, istotnym w tym kontekście, było zachęcanie gmin do poszukiwania nowych rozwiązań w dziedzinie opieki nad osobami starszymi

⁵⁴ M. Thorslund, M. G. Parker, *Care of the elderly in the changing Swedish welfare state*, Stockholms Universitet 1994, s. 251.

⁵⁵ *Ibidem*, s. 250.

⁵⁶ *Policy for elderly*, Fact Sheet No. 4 Ministry of Health and Social Affairs, Sweden marzec 2001, s. 2.

oraz lepszego koordynowania zaspokajania ich potrzeb w zakresie opieki dziennej i opieki medycznej. Dodatkowo zawarto w niej zachęty dla tworzenia alternatywnych form opieki.

Sposób, w jaki reforma została wprowadzona, był wybrany przez każdą gminę. Jak ujmuje to L. Johansson „jednym ze skutków ubocznych decentralizacji są duże różnice w poziomie świadczenia usług w różnych regionach kraju. W gruncie rzeczy, reforma Ådela przyspieszyła ten proces”⁵⁷. Poniżej wyniki reformy zostaną przedstawione dokładnie.

Ponieważ charakter reformy umożliwił różnorakie rozwiązania, zarysowane zostaną ogólne tendencje. Jak pokazują dane, liczba usług dla osób starszych spadła podczas badanej dekady. M. Szebehely komentuje tę sytuację: „podczas ostatnich 15–20 lat wystąpił wyraźny spadek w świadczeniu usług dla osób w podeszłym wieku zarówno w instytucjach jak i domach prywatnych”, odrzucając przy tym tłumaczenie mówiące o poprawiającym się zdrowiu osób starych jako przyczynie zmniejszania się liczby usług dla nich. Piśze ona: „lepsza kondycja zdrowotna nie może uzasadnić aż tak wyraźnego spadku. Prawdą jest, że w ostatnich latach poprawiło się zdrowie osób starych. Niemniej jednak liczba usług oficjalnych spadła tak bardzo, że zdrowie nie jest wystarczającą przesłanką”⁵⁸.

Trendy w opiece nad osobami starszymi mają zbliżony charakter do tych, które zostały opisane w części dotyczącej służby zdrowia. Także i tu decentralizacja oznacza tworzenie zachęt dla konkurencji. Tego typu rozwój tworzy społeczne zadania (i w efekcie rynek) dla nowych dostawców usług i opieki.

Jak pokazują dane, działalność dla zysku było najbardziej zauważalne i najwyraźniej rosnące. Jeśli chodzi o udział firm komercyjnych w całym sektorze prywatnym, wzrósł on z poziomu 28% w roku 1993 do 75% w 2000. Jeśli chodzi o ogólny udział usług świadczonych przez podmioty prywatne, zaobserwowano zmianę z 4 do 26 procent dla grup o wysokich dochodach. Dla grup o dochodach niskich wzrost był mniejszy: odpowiednio z 4 do 8%⁵⁹. Jakkolwiek twierdzenie Johanssona dotyczące wzrostu konkurencji pomiędzy podmiotami świadczącymi usługi opiekuńcze jest prawdziwe, można zaobserwować także skutki uboczne.

Po pierwsze, podobnie jak w sektorze służby zdrowia, redukcja kosztów w opiece dla osób starszych opiera się w dużej mierze na redukcji kosztów osobowych. Przykładami mogą być: zatrudnianie gorzej opłacanego personelu, redukovanie personelu w stosunku do jednego klienta oraz wstrzymywanie podwyżek płac. To z kolei może skutkować przenoszeniem się personelu z sektora publicznego do prywatnego.

Po drugie, poziom usług może być obniżony, a niektóre z nich w ogóle zaniechane.

⁵⁷ L. Johansson, „Decentralisation from acute to home care settings in Sweden”, *Health Policy* 41 Suppl. 1997, s. 136.

⁵⁸ M. Szebehely, „Changing Divisions of Carework: Carrying for Children and Frail Elderly People in Sweden” w: *Gender, Social Care And Welfare State Restructuring in Europe* ed. J. Lewis, Ashgate 1998, s. 279.

⁵⁹ *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s*, op. cit., s. 115.

W efekcie, warunki dostępu do usług są tak określone, by dotyczyły tylko najbardziej słabych i potrzebujących. Jak pokazują dane, większość usług jest dostarczana najstarszym Szwedom, powyżej 80 lat⁶⁰. To, w połączeniu z redukcjami personelu oznacza wzrost obciążenia personelu (ta grupa wiekowa jest najbardziej wymagająca pod względem możliwości samodzielnego funkcjonowania).

Generalnie, „podczas lat 90. poprzednie, hojne podejście do usług dla osób starych ustąpiło wzrastającemu – restrykcyjnemu”⁶¹. W tym samym czasie coraz większa część kosztów usług i opieki jest przerzucana na osoby z nich korzystające: „pod koniec lat 90. w przybliżeniu jedna szósta wszystkich obywateli w wieku 75+, którzy potrzebowali pomocy, zrezygnowało z niej z powodu kosztów – jest to zjawisko występujące najczęściej wśród ludzi z najniższymi emeryturami”⁶².

Dodatkowo, stworzenie tego rodzaju małych rynków na usługi tworzy nierówności w skali kraju. Zróżnicowanie w dostępie do usług, ich jakość i opłaty za nie są zagrożeniem dla uniwersalistycznej polityki społecznej. Zatem, jak pokazano powyżej, opieka nad osobami starszymi kreuje nierówności: autorzy prezentują dane mówiące o dużych różnicach pomiędzy gminami (od 10% ludzi w wieku ponad 80 lat otrzymuje pomoc domową w jednych do 30% w innych). Co więcej, te różnice nie są kompensowane innymi formami pomocy zorganizowanej przez samorządy lokalne⁶³.

Wzrost roli rodziny i nieformalnych form opieki jest po części efektem opisanych powyżej trendów, po części zaś odrębnym zjawiskiem. Nawet przed badanym okresem istniały, niemniej w latach 90. trendy te stały się znaczące (równocześnie ze spadającą liczbą miejsc opieki instytucjonalnej). W ostatniej dekadzie dotknęły one zwłaszcza osoby o niskich dochodach i wykształceniu. Podczas gdy gminne (publiczne) usługi stawały się coraz mniej powszechne, następował wzrost opieki nieformalnej (głównie pomocy oferowanej przez współmałżonka, dzieci bądź innych członków rodziny).⁶⁴ W tym okresie zmiana wyniosła z 50 do 61% jeśli chodzi o grupy uboższe, natomiast wśród ludzi zamożnych zanotowano spadek z 44 do 35%⁶⁵.

Wzrost opieki nieformalnej jest głównie tłumaczony przez zaostrzenie kryteriów dla otrzymywania pomocy domowej. Przedstawione argumenty wskazują na dwie tendencje: stosunkowo mały spadek ilości usług oraz wyraźną zmianę ich profilu. Coraz więcej usług świadczonych jest przez prywatne firmy (zarówno non-profit, jak i działające dla zysku). Jest to po części efekt reformy Ädela, która poprzez stworzenie rynków dla usług wyzwołała konkurencję pomiędzy podmiotami świadczącymi usługi.

Należy podkreślić, że owe tendencje były obserwowane już wcześniej. Nieformalna (świadczona przez rodzinę) i prywatna opieka były częścią systemu opieki nad osobami

⁶⁰ M. Thorslund, M. G. Parker, *Care of the elderly in the changing Swedish welfare state op. cit.*, s. 255.

⁶¹ *Policy for elderly, op. cit.*, s. 4.

⁶² *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s, op. cit.*, s. 77.

⁶³ *Ibidem*, s. 182.

⁶⁴ S.O. Daatland, „Ageing, families and welfare systems: Comparative perspectives” *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 34:1 2001, s. 18.

⁶⁵ *Welfare in Sweden: The Balance Sheet for the 1990s, op. cit.*, s. 78.

starymi w Szwecji jeszcze przed badanym okresem. Niemniej jednak ich rozwój podczas ostatniej dekady jest nadzwyczajny, zwłaszcza gdy ma się na uwadze dwie główne zasady szwedzkiego systemu opieki (profesjonalizm i świadczenie przez podmioty publiczne).

Jeśli powyższe uwagi zostaną wzięte pod uwagę, należy twierdzić o *retrenchmencie* w szwedzkim systemie opieki nad osobami starymi. Przyjął on obydwie formy: programową i systemową. Programowy *retrenchment* można odnaleźć w reformie Ädela. Przeniesienie odpowiedzialności na gminy jest tego przykładem. To z kolei prowadzi do urynkowania i prywatyzacji.

Odnosząc się do terminologii Titmussa, w badanym obszarze coraz bardziej widoczne jest odejście od instytucjonalnego modelu polityki społecznej (zapewnianie usług przez podmioty publiczne, redukcji wpływu rynku oraz zmniejszanie różnic pomiędzy grupami społecznymi) do modelu rezydualnego. Jak pokazują dowody, po reformie większy nacisk kładziony jest na samodzielność jak i element konkurencji rynkowej. Coraz więcej usług finansowanych przez władze publiczne jest świadczonych przez podmioty prywatne. Jednakże pomoc ta jest dostępna tylko dla osób najbardziej potrzebujących (najbardziej chorych i najstarszych). Dla innych pozostają dwa rozwiązania: nabywanie usług na rynku albo poleganie na krewnych. Pierwsze z nich jest dostępne dla osób o wyższych dochodach, drugie stwarza ryzyko otrzymywania nieprofesjonalnej pomocy (obniżenia jej standardów).

Pomimo faktu wystąpienia *retrenchmentu* w szwedzkiej opiece na osobami starszymi, poziom usług jest i tak bardzo wysoki w porównaniu z innymi krajami. Niemniej jednak reforma Ädela z 1992 dzięki przeprowadzonej decentralizacji stworzyła możliwości dalszych zmian. Jest to przykład *retrenchmentu* systemowego. Decentralizacja może wyzwolić konkurencję między samorządami lokalnymi. Zarządzając ograniczonymi zasobami, gminy starają się uniknąć nierównowagi budżetowej obcinając wydatki na opiekę o wysokim standardzie. Może to także przyjmować formę wzrostu efektywności, co przekłada się na ograniczanie zatrudnienia lub utrudnianie dostępu do takich świadczeń (obydwie te sytuacje zostały opisane). Jeśli wpływ decentralizacji na obniżanie jakości usług w przypadku Szwecji jest nie do końca stwierdzony, dane wskazują, że stworzyła ona duże *różnice* w dostępie do usług i ich poziomie.

Podsumowanie

Analiza powyższa dotyczyła emerytur, zasiłków dla bezrobotnych, służby zdrowia i opieki dla osób starych w latach 90. ubiegłego wieku. Ideą, która stała za tym właśnie wyborem było objęcie zarówno świadczeń gotówkowych, jak i usług, tak by badanie było możliwie najpełniejsze. Do oceny zmian użyto definicji *retrenchmentu* Paula Piersona. Wyodrębnia ona dwa wymiary tego zjawiska: programowy (działanie polegające na obcinaniu wydatków socjalnych, przekształcaniu programów socjalnych tak, by działały jak w modelu rezydualnym) i systemowy (przekształcaniu otoczenia politycznego, które umożliwi takie zmiany w przyszłości).

Retrenchment wystąpił we wszystkich zanalizowanych elementach zabezpieczenia społecznego. Przejawy *retrenchmentu* systemowego są zauważalne w każdym z nich, jed-

nakże jak wskazywali Clayton i Pontusson, wydaje się że sektor usług był bardziej narażony na ten właśnie typ. Trudno wskazać na jedną przyczynę tego stanu rzeczy, wydaje się, że wszystkie z wymienionych przez autorów odegrały jakąś rolę. Forma programowa wystąpiła z całą pewnością we wszystkich czterech badanych obszarach i przyjmowała wszystkie trzy wskazane przez Piersona warianty: wzrost znaczenia kryterium potrzeb (emerytury, opieka nad osobami starszymi), przenoszenie odpowiedzialności z sektora publicznego do prywatnego (emerytury, opieka nad osobami starszymi i służba zdrowia) oraz ograniczanie dostępu do programów socjalnych i zmiana na gorsze reguł nimi rządzącymi (wszystki obszary).

Pomimo zarysowanych trudności można jednak opisać wspólne cechy charakteryzujące zmiany lat 90. Po pierwsze, jest to prywatyzacja. Występowanie elementu prywatnego nasiliło się w ciągu badanej dekady. W systemie emerytalnym przejawiało się to we wprowadzeniu prywatnego zarządzania i inwestowania części składek. W służbie zdrowia umożliwiono świadczenie usług podmiotom prywatnym (finansowanym z środków zarówno prywatnych, jak i publicznych). Ponadto, korzystanie z prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego stało się bardziej popularne. W opiece nad osobami starszymi stworzono rynek dla nabywania usług (przez podmioty prywatne i publiczne). Istotniejszą nawet rolę zyskała opieka nieformalna, świadczona przez członków rodziny. Ta ostatnia forma jest także przejawem prywatyzacji (precyzyjniej określana mianem *familizacji* lub *re-familizacji*).

Coraz większa odpowiedzialność jest przenoszona na jednostkę. W sferze polityki społecznej, jak udowodniono, oznacza to negatywne (jeśli bierze się pod uwagę cele szwedzkiego *welfare state*) zjawisko wzrostu nierówności odnoszące się do ludzi o różnych rasach, wieku, płci, miejscu zamieszkania i dochodzie. Zmniejszająca się rola *welfare state* może oznaczać gorszy dostęp do usług i świadczeń bądź obniżanie ich poziomu. Należy powtórzyć, że w skali międzynarodowej warunki, jakie zapewnia obywatelom szwedzka polityka społeczna, nadal plasują ten kraj w ścisłej czołówce.

Drugą tendencją jest decentralizacja, jeśli chodzi o usługi. Oznacza to, że samorządy lokalne przejmują obowiązek finansowania tego typu działalności. W przypadku, gdy zobowiązuje je do tego prawo mające charakter ramowy, może to prowadzić do obniżania poziomu usług (choć, oczywiście także poprawiania). Niemniej jednak, jeśli bierze się pod uwagę kreowanie równości pod względem korzystania z usług i zmniejszania rozpiętości społecznych, decentralizacja prowadzi raczej do wzrostu nierówności w obu wymiarach. Szwedzki przypadek potwierdza tę tezę. Ponadto, jak wykazali Clayton i Pontusson, wydaje się, że sektor usług był bardziej narażony na retrenchment. Trudno wskazać na jedną przyczynę tego stanu rzeczy, wydaje się, że wszystkie z wymienionych przez autorów odegrały jakąś rolę.

Można zatem stwierdzić opierając się na zgromadzonych argumentach, że szwedzkie *welfare state* zmierza (choć bardzo powoli) w stronę rezydualnego modelu polityki społecznej. W tym samym momencie należy podkreślić, że w porównaniu z innymi krajami, proces ten jest wyjątkowo powolny, zachodzi na małą skalę i właściwie tylko z bardzo elitarniej skandynawskiej perspektywy jest wyraźny. W związku z tym, jeśli dekady poprze-

dzające lata 90. określane były przez G. Esping – Andersena mianem „złotej ery”, ostatnie dziesięciolecie można nazwać za P. Taylorem – Gooby „srebrną erą”.

Wnioski poczynione tutaj prowadzą także do konkluzji o charakterze teoretycznym: definicja *retrenchmentu* stworzona przez P. Piersona jest wyjątkowo czuła na zmiany w polityce społecznej. Pomimo tego, że pierwotnie użyto jej do analizy krajów reformujących politykę społeczną określaną przez Esping-Andersena jako liberalna, potwierdziła swą użyteczność również w przypadku modelu socjaldemokratycznego.

Interesującym w kontekście wyników badań tu zaprezentowanych będzie dokonanie porównanie większej liczby krajów skandynawskich. Zachowanie jednakowych, odpowiednio dobranych ram teoretycznych i metodologicznych pozwoli na uzyskanie bardziej generalnych wniosków dotyczących zmian socjaldemokratycznego *welfare state*. Dzięki takiemu podejściu możliwe będzie uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy Szwecja podąża unikalną drogą, czy też zmiany jej polityki społecznej wpisują się w obraz charakterystyczny dla wszystkich państw skandynawskich.

Retrenchment in Sweden

There are raising voices about the crisis of the Swedish welfare state. The aim of this article is to present changes of Swedish social policy in the 1990s in order to check whether the statements about the crisis are correct. For this purpose, Paul Pierson's perspective of retrenchment is used. Pierson distinguishes between two kinds of retrenchment: programmatic (change of programmes towards Titmuss' residual model of social policy) and systemic (changes of institutions which allow for those changes in a future).

Four elements of the Swedish social security system are analysed: two representing cash benefits (pensions, unemployment benefits), two others – services: health care and care for elderly. The latter were chosen because services are believed to be more vulnerable for retrenchment.

All sectors faced both forms of the retrenchment, however to the different extent. The main trends in Swedish social policy of past decade are: privatisation and decentralisation. Additionally, the article confirms the statement concerning services sector's vulnerability.

One would say, that Swedish welfare state in the 1990s was transforming towards residual model. However, this process was very slow and was evident only from the Scandinavian perspective: from the comparative one, it seems that Swedish social policy hasn't lost its main features. Thus, the statement about the crisis of the Swedish welfare state isn't true, it is rather the shift from the 'Gold' to the 'Silver Era'.