

CARSTEN JENSEN

A jóléti szolgáltatások és transzferek világi*

A nyugati demokráciák jóléti rezsimeinek létezéséről és az ezek jellemzőiről szóló vita több mint 15 éve folyik, s ezalatt számos fontos munka született. A tudományos vizsgálódás azonban többnyire a jóléti államok transzfer komponensére összpontosított, és így szem elől tévesztette a jóléti szolgáltatás komponensét. A tanulmánynak két alapállítása van. Az egyik, hogy a transzfer komponens és a jóléti szolgáltatás komponens a jóléti rezsimek két különböző dimenzióját jelentik. A másik, hogy nagy különbségek vannak az egészségügyi szolgáltatások és a szociális gondozási szolgáltatások között; az egészségügyi kiadások nagysága erőteljes hasonlóságot mutat az egyes országokban, a szociális gondozásra fordított kiadások viszont megfelelnek Esping-Andersen rezsim-típológiájának. A jóléti szolgáltatás komponens két különböző típusú szolgáltatásból áll, melyek a szerint különülnek el egymástól, hogy a jóléti szolgáltató szektorok létrejötte idején mekkora szerepet játszott a familiarizmus és etatizmus két ideológiai dimenziója.

Bevezetés

Amióta Esping-Andersen 1990-ben publikálta *A jóléti kapitalizmus három világa* című könyvét, heves vita dúl a jóléti modellek létezéséről. A jóléti állam ideáltípusait leíró elméletről és a ténylegesen létező politikák sokszínű valóságáról folyó, elnyúló vita igen gyümölcsözőnek bizonyult. A legutóbbi próbálkozások ellenére azonban néhány nagyon fontos kérdéssel nem foglalkoztak ezekben az eszmecserékben. Ezek közé tartozik a jóléti szolgáltatások (azaz az egészségügyi ellátás és a szociális gondozás, ez utóbbin belül az iskoláskor alatti gyermekgondozás és az idősgondozás) témája.

E cikknek két célja van. Először is azt állítom, hogy a jóléti szolgáltatások semmi esetre sem jellemezhetők automatikusan a transzferek

* Carsten Jensen: *Worlds of welfare services and transfers*, *Journal of European Social Policy* 2008; 18; 151–162.

vagy készpénzjuttatások elemzésével. Ez az állítás egy egyszerű empirikus vizsgálaton alapul, amelyből kiderül, hogy csak nagyon gyenge pozitív kapcsolat van a transzferek nagysága és a közszolgáltatásokra fordított kiadások szintje között. Másodszor, úgy vélem, hogy ennek ellenére létezik egy elméletileg jelentéssel bíró minta, amely kimutatható a jóléti rezsim elmélet segítségével. Véleményem szerint a jóléti rezsim két dimenzió mentén elemezhető: a transzferek és a szociális gondozási szolgáltatások szintjén.

A cikk egy újabb érdekes megállapítása az egészségügyi szolgáltatás szükségesszerű kizárása a szociális gondozási szolgáltatások köréből, mivel a jóléti szolgáltatásokat elemző irodalom nagy része általában úgy tekintette az egészségügyi ellátást, mint ami reprezentálja a szolgáltatás komponens egészét (Huber and Stephens, 2001; Kautto, 2002; Castles, 2005).¹ A tanulmány kimutatja, hogy e megközelítés alapján jelentősen alulbecsülik a jóléti szolgáltatások szerepét az egyes jóléti rezsimok jellemző sajátosságainak formálásában. Így nem elegendő a transzferek és jóléti szolgáltatások közötti különbségtétel, meg kell különböztetnünk egymástól az egészségügyi és szociális gondozást is.

A cikk első részében bemutatom a témával kapcsolatos irodalmat és az arra utaló bizonyítékokat, hogy csak nagyon gyenge kapcsolat van a transzferek és a jóléti szolgáltatások között. A második részben, a fő empirikus megállapítások megfogalmazása előtt, az alkalmazott módszert és a felhasznált adatokat tárgyalom. A tanulmány utolsó részében elméleti nézőpontból elemzem az állításokat. Mindenekelőtt azt szeretném hangsúlyozni, hogy a transzferek és jóléti szolgáltatások két dimenziójának legjobb értelmezése az, ha ezeket megfeleltetjük a dekommodifikáció és defamilizáció kettős koncepciójának. Arról van szó, hogy bár mindkét koncepció egyaránt vonatkozik a transzferekre és szolgáltatásokra, de véleményem szerint a dekommodifikáció döntően a transzferekhez, a defamilizáció pedig főként a jóléti szolgáltatásokhoz kapcsolható.

Másodszor, úgy vélem, hogy a jóléti szolgáltatás komponens két különböző típusú szolgáltatásból áll. Ezek a szerint különíthetők el, hogy a jóléti állam gyors fejlődésének „aranykorában” milyen erős volt a defamilizációval és állami szerepvállalással kapcsolatos ideológiai konfliktus. Az egészségügyben nem voltak ezekre vonatkozóan intenzív konfliktusok, e területen nem is alkalmazható a jól ismert jóléti rendszertipológia. Ezzel szemben a szociális gondozás terén nagyon felerősödtek az ideológiai konfliktusok a defamilizáció és az állami szerepvállalás kívánatos voltával kapcsolatban. Más szóval, 'a jóléti államok második dimenziója' elsősorban szociális gondozási szolgáltatásokból áll, míg az ideológiai dimenzió történelmi jelentéktelensége miatt az egészségügy nem kapcsolódik a jóléti államra vonatkozó hagyományos elméletekhez.

¹ Bamba (2005) speciális eset ebben a vonatkozásban, mivel a jóléti rezsimokat a készpénzes juttatások és az egészségügyi szolgáltatások alapján elemzi, azaz nem foglalkozik a többi jóléti szolgáltatással.

Jóléti rezsimek és a jóléti szolgáltatások problémája

Esping-Andersen egyik alapműve (1990) a jóléti kapitalizmus három világát – liberális, konzervatív, szociáldemokrata – mutatta be. A jóléti rezsimek elmélet analitikus erejét az adta, hogy az egyes modellek meghatározó dinamikájára vonatkozó kiterjedt elméleti fejtegetéseket összekapcsolta a modellek sikeres empirikus vizsgálatával. Esping-Andersen hármas tipológiáját több azzal kapcsolatos kifogás érte, hogy nem tartalmazza a 'radikális' (Castles and Mitchell, 1993) és a „latin” vagy dél-európai (Ferrera, 1996; Bonoli, 1997) rezsimek-típust. Ezenkívül különösen a feminista szerzők állították, hogy Esping-Andersen tipológiája érzéketlen a társadalmi nemek aspektusára ('gender blind'), abban az értelemben, hogy nem fordít figyelmet az egyes rezsimek-típusoknak az olyan gender-érzékeny problémákra gyakorolt hatására, mint amilyen például a nők munkaerő-piaci részvétele (Orloff, 1993; Daly, 1994; Daly and Lewis, 2000).²

A kutatók az elmúlt nagyjából egy évtizedben jelentős figyelmet szenteltek mindezen kérdéseknek (Arts and Gelissen, 2002; Bambra, 2007). Sokkal kisebb figyelem övezte a jóléti szolgáltatások kérdéskörét (Alber, 1995; Abrahamson, 1999; Huber and Stephens, 2000; Kautto, 2002). Ez különösen tűnhet, tekintve, hogy az összes nyugati demokráciában a GDP jelentős, bár eltérő részét költik jóléti szolgáltatásokra, miként ez az 1. táblázatban látható, ahol az egészségügyi ellátást, az iskoláskor előtti gyermekgondozást és az idősgondozást tekintettük idetartozónak. Az adatok 2001-ből valók, a tanulmány írásakor erre az évre vonatkozóan rendelkezünk a releváns változók tekintetében a legfrissebb adatokkal. Bár a transzfereknek nagyobb általános jelentősége van, korántsem mondhatjuk, hogy a szolgáltatások marginális jelentőségűek lennének.

Ha egyáltalán foglalkozik vele, az irodalom két különböző módon kezeli a jóléti szolgáltatásokat. Egyrészt számos szektor-specifikus elemzés készült az egyéni szociális szolgáltatások – nevezetesen a szociális gondozás – jellemzőinek tanulmányozására (például Anttonen and Sipilä, 1996; Anttonen et al., 2003; Bettio and Plantenga, 2004; Rauch 2005), illetve az egészségügyi ellátások feltérképezésére (például Moran, 2000; Hacker, 2004). Ezek a kutatások azonban nemigen kapcsolódnak a jóléti államról szóló általános diskurzushoz: nem vonják be az elemzésbe az összes jóléti szolgáltatást és a transzfer komponenst sem. Így az e fajta kutatás – bármily értékes legyen is – nem sorolható a jóléti rezsimekkel foglalkozó irodalomba.

² Néhányan egyenesen azt állították, hogy egyáltalán nem beszélhetünk jóléti rezsimekről (Kasza, 2002; Scruggs and Allan, 2006), bár ez a vélemény egyértelműen kisebbségben van. Így megjegyzendő, hogy még ha Scruggs és Allan Esping-Andersennek címzett komoly kritikája helyes is, ez nem másítja meg azt a tényt, hogy az Esping-Andersenétől eltérő adatokat és módszereket használó sok más szerző is kimutatott jóléti modelleket.

1. táblázat Szociális közkiadások a GDP százalékában 2001-ben

Ország	Transzferek (A)	Jóléti szolgáltatások (B)	Szociális kiadások (A+B)
Ausztrália	10,7	7,7	18,4
Ausztria	19,8	6,4	26,2
Belgium	17,8	7,4	25,2
Kanada	9,3	9,4	18,7
Dánia	15,5	12,5	28,0
Finnország	15,5	8,5	24,0
Franciaország	17,9	9,2	27,1
Németország	17,0	10,6	27,6
Írország	7,5	5,5	13,0
Olaszország	18,5	6,9	25,4
Japán	9,6	7,6	17,2
Hollandia	14,0	6,9	20,9
Új-Zéland	11,6	6,4	18,0
Norvégia	13,0	11,5	24,5
Spanyolország	12,8	6,0	18,8
Svédország	15,0	13,2	28,2
Egyesült Királyság	14,7	7,3	22,0
Egyesült Államok	8,1	6,9	15,0

Forrás: OECD Social Expenditure database (letöltés 2006. december 1-jén,
www.oecd.org/els/social/expenditure)

A másik megközelítés a jóléti államok transzfer komponensének lineáris kiterjesztéseként fogja fel a jóléti szolgáltatásokat. Általában véve elmondható, hogy a jóléti állammal foglalkozó irodalom tipikus felfogása szerint a jóléti modelleket a transzfer és jóléti szolgáltatások komponensei közötti egyöntetű és pozitív kapcsolat jellemzi. Ebből következően azokban az országokban, ahol sokat költenek transzferekre, a jóléti szolgáltatásokra fordított kiadások is magasak lesznek. Legalábbis úgy tűnik, hogy ez a hatalmi erőforrás elmélet – mely szerint a jóléti állam kiterjedtsége pozitív módon függ a munkásosztály erejétől – logikus következtetése (Korpi, 1989; Esping-Andersen, 1990). Ugyanez mondható el a szektor-specifikus érdekszervezetek és állami preferenciák szerepére összpontosító „új politika elméletre” is (Pierson, 1994, 1996). Sok szerző elemezte ilyen lineáris módon a jóléti szolgáltatásokat (például Pampel and Williamson, 1988; Garrett, 1998; Rodrik, 1998; Garret and Mitchell, 2001; Huber and Stephens, 2001; Swank, 2001; Castles, 2005).

Huber és Stephens (2000) munkája jó példa ebben a vonatkozásban, mivel kizárólag a jóléti szolgáltatások komponenssel foglalkozik, jóvá téve a jóléti állam irodalom ezzel kapcsolatos hiányosságait. Amikor azonban a 'szociáldemokrata jóléti szolgáltató állam' fejlődésének elméleti magyarázatával próbálkoznak, elsődleges oksági tényezőként főleg a munkásmozgalom erejére és a szociáldemokrata dominancia mértékére hivatkoznak. Azaz Huber és Stephens a jóléti szolgáltatások fejlődése mögötti hajtóerőként pontosan ugyanarra a politikai logikára hivatkozik, mint ami a transzferek fejlődését is előrevitte.

Sajnálatos, de ez a nézet tarthatatlan. A transzferek és jóléti szolgáltatások közötti viszonyt az 1. táblázat adatain alapuló regressziós elemzése nem mutat lényeges kapcsolatot a jóléti transzferek és közjóléti szolgáltatások között (.143 nem sztenderdizált korreláció, ami teljesen inszignifikáns).³ E következtetés nem változik, ha például a gazdasági trendek, nem utolsósorban a munkanélküliség hatásának kiszűrésére az összes jóléti transzfer helyett az állami öregségi nyugdíjat és hátramardott nyugdíjat használom. Ez alapján nagyon kétséges, hogy – legalábbis közvetlenül – a transzferek és jóléti szolgáltatások szintjét ugyanazok a meghatározó oksági mechanizmusok befolyásolják. E helyett el kell ismernünk a jóléti szolgáltatások sajátos jellegét. Mielőtt azonban a cikk utolsó részében megvizsgálom ezt az elméleti kérdést, világosabbá kell tennem a transzferek és jóléti szolgáltatások közötti kölcsönhatás empirikus természetét.

Fájdalom, de ha a transzfereket és jóléti szolgáltatásokat akarjuk elemezni, akkor valószínűleg beleütközünk egy nagyon lényeges problémába, nevezetesen abba, hogy a jóléti szolgáltatások komponens két különböző típusú szolgáltatásból – az egészségügyi ellátásból és a szociális gondozásból – áll. A kifejezetten a transzferek és jóléti szolgáltatások közötti különbségekkel foglalkozó kevés tanulmány nem ismerte fel teljesen ezt a kettősséget (Kautto, 2002; Bambra, 2005, de lásd az 1. lábjegyzetet is). Az alábbiakban azt állítom, hogy ennek nagy jelentősége volt a különböző jóléti rezsimeknek a transzferek és jóléti szolgáltatások mentén létrejött differenciálódásában. Ezenkívül kifejtem, hogy miként értelmezendő elméletileg ez a kettősség a nélkül, hogy egy túlzottan szektor-specifikus magyarázathoz jutnánk.

A módszer

Az elemzés a jóléti rezsimek elméleti logikájából következően statisztikai klaszter technikán alapul. Ezért alapvető kiindulópont, hogy a jóléti rezsimek, ha többnek tekintjük őket egyszerű leírásnál vagy kategorizálásnál, az általános felfogás szerint sajátos rezsimet eredményező, egyedi dinamikával rendelkező képződmények. Például, mint Esping-Andersen (1990) kiemeli, a három eredeti jóléti modell mindegyikének megvan a

³ A nem sztenderdizált együttható t értéke 1.01, 90 százalékos konfidencia intervallum esetén (-.105: .392). R -négyzet = .0558 ($N=18$). Mivel a változók szórása eltérő, a regresszió robusztus sztenderd hibán alapul. A cikk számításaiiban használt STATA adat-file elkérhető a szerzőtől.

liberalizmus, konzervativizmus és szociáldemokratizmus domináns ideológiájából építkező inherens politikai logikája. Ehhez hasonlóan Castles és Mitchell (1993) azt írták, hogy az ő tipológiájukban a jóléti államok osztályozása a vizsgált országok szélesebb kulturális-történelmi örökségén alapszik. Röviden szólva, félreértés egyszerűen úgy tekinteni a jóléti rezsimeket, mintha létrafokok volnának, mondjuk a szociáldemokrata típussal legfelül, a liberálissal legalul és a konzervatívval középen. Csupán véletlen egybeesés, hogy a tényleges kiadási szint megfelelni látszik egy ilyen egydimenziós, pozitív trendnek; önmagában véve semmi olyan sincs a konzervatív rezsimben, ami miatt középre kellene helyezni. Ebből a gondolatmenetből következően a regressziós elemzés kevésbé használható, mert ez implicit módon feltételezi, hogy például 1 százalékkal több munkásmozgalmi erő X százalékkal több dekommodifikációhoz vezet. Ebben az értelemben a módszerek aláássák a teoretikus vállalkozást (Shalev, 2006).

Az utóbbi években a nem regressziós technikák alternatív módszerként nagy népszerűsége tettek szert a jóléti rezsimek vizsgálatával foglalkozó kutatásokban, például a faktoranalízis (Shalev, 2006), és különösen a klaszterelemzés (Gough, 2001; Obinger and Wagschal, 2001; Kautto, 2002; Saint-Arnaud and Bernard, 2003; Powell and Barrientos, 2004). Mindkét említett technikának megvan az az előnye, hogy nem tételez egydimenziós trendeket az adatokban. Mint említettem, ebben a tanulmányban csatlakozom a klaszteranalízissel kapcsolatban kialakuló konszenzushoz. Az alábbiakban euklidészi különbözőségi módszerrel klaszterezett átlagos kapcsolatokat használlok, ami általánosan alkalmazott és hatásos módszer a hierarchikus klaszteranalízisben (HKA). A HKA egyenként összeköti az egymáshoz legközelebbi egyedi eseteket, míg az összes egyetlen klaszterbe kerül. Mivel a végeredmény egyetlen klaszter, ami teoretikusan használhatatlan, fontos annak az eldöntése, hogy mikor hagyjuk abba a klaszterezést. A tanulmányban a folyamatos adatokra vonatkozó két szokásos abbahagyási szabályt, azaz a Calinsk/Harabasz pseudo-F és Duda/Hart pseudo-T négyzetet alkalmazom (a klaszteranalízisbe bőszéges betekintést nyújt Everitt et al., 2001).

A felhasznált adatok 18 nyugati demokráciára vonatkozó, sztenderd közkiadási adatok, az OECD Szociális Kiadások adatbázisából (OECD Social Expenditure database), 2001-re.⁴ 2001-re azért esett a választás, mert a tanulmány írásakor erre az évre vonatkoznak a legfrissebb hozzáférhető releváns információk. A közvetlen kiadási adatok nyilvánvalóan nem a legmegfelelőbb eszközök a jóléti államok teljesítményének mérésére, még az eredmények tekintetében sem, és ez nem is az egyetlen használható mérce. Valójában, mint Esping-Andersen is írta, mivel a munkásmozgalom nem magáért a kiadásért küzdött, helytelen lenne a közvetlen kiadásokat függő változóként szerepeltetni; inkább a dekommodifikációt és stratifikációt kell mérnünk (Esping-Andersen, 1990). De ha olyan különböző dolgokat vizsgálunk, mint a transzferek és jóléti szolgáltatások, olyan függő változót kell használnunk, amely egyaránt alkalmas mindkettő mérésére. Például: miként lehetséges a transzferek és jóléti szolgáltatások dekommodifikáló hatásának mérése egyet-

⁴ Ezeknek az adatoknak részletes és élvezetes leírását adja Adema and Ladaique (2005).

len mércével? Nagyon valószínű, hogy a rendelkezésre álló adatokkal nem alkotható meg egy ilyen általános mérőeszköz. Ezért úgy gondolom, hogy a jelen célra a legmegfelelőbb alkalmazható mérce a GDP százalékában kifejezett szociális kiadás. Ezenfelül empirikus bizonyítékok is szólnak a mellett, hogy a közkiadás ugyanolyan meghatározó jellemzője a különböző jóléti rezsimeknek, mint a dekommodifikációhoz hasonlatos finomabb mércék (Castles, 2002; Bambra, 2007). Ez azt jelenti, hogy ha kizárólag a kiadási adatokat használjuk, akkor sem kell attól tartanunk, hogy ezzel gyengítjük a tények magyarázó erejét.

Eredmények

Az empirikus elemzés három lépésből áll. Először megvizsgálom a jóléti rezsimek összes transzferben és összes jóléti szolgáltatásban megmutató minőségét, azaz a teljes jóléti szolgáltatás komponensét. Ez kiindulópontként fog szolgálni, amikor a jóléti szolgáltatásokat egészségügyi ellátásra és szociális gondozásra bontjuk. Ki fogom mutatni, hogy az összes jóléti szolgáltatás csekély mértékű felhasználhatósága az elkülönülő jóléti rezsimek jellemző jegyeinek jelzésére elfedi az e két alapelem magyarázó ereje közötti, nagy különbséget.

2. táblázat HKA a transzferekről és jóléti szolgáltatásokról

Négy klaszter		Transzferek	Szolgáltatások
1. klaszter	Ausztrália, Kanada, Írország, Japán, USA	9,0	7,4
2. klaszter	Finnország, Hollandia, Új-Zéland, Spanyolország, UK	13,7	7,0
3. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	8,2
4. klaszter	Dánia, Norvégia, Svédország	14,5	12,4
Sztenderd eltérés		3,27	2,15
Szórás		,23	,25
Három klaszter		Transzferek	Szolgáltatások
1. klaszter	Ausztrália, Kanada, Finnország, Írország, Japán, Hollandia, Új-Zéland, UK, USA	11,4	7,2
2. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	8,2
3. klaszter	Dánia, Norvégia, Svédország	14,5	12,4
Sztenderd eltérés		2,78	2,24
Szórás		,20	,27

Mint jeleztem, a HKA módszert használom annak meghatározására, hogy hány klaszter alakítható ki a transzferek és jóléti szolgáltatások kombinációján alapuló adatokból. A logika az, hogy mindig kialakul néhány klaszter, mivel egyes országok más országokhoz képest mindig közelebb lesznek a többi országhoz. De – és ez döntő fontosságú – nem minden klaszternek van jelentése; miként Arts és Gelissen írták, csak akkor használhatjuk analitikus eszközként a jóléti rezsimeket, ha ennek elméleti értelme van. Ebből következően, nem sokat számít, ha három, négy vagy öt klaszter alakul ki, mivel az elmúlt évtizedben a kérdésről folytatott elméleti viták alapján ezek mind ésszerű eredmények. Bennünket az érdekel, hogy *mely* országok alkotnak egy csoportot és hogy e csoportok relevánsak-e.

Mindhárom elemzést egy (nem mutatott) dendrogram létrehozásával kezdem, ami a klaszterezési folyamat vizuális megjelenítése, és amelyet az abbahagyási szabállyal együtt alkalmazok a klaszterek megfelelő számának megállapítására. A transzferekre és jóléti szolgáltatásokra (2. táblázat), illetve a transzferekre és szociális gondozásra (4. táblázat) vonatkozó HKA alapján a négyklaszteres séma a legjobb választás. De mivel a transzferekre és egészségügyi ellátásra vonatkozó HKA esetében bizonytalan az abbahagyási szabály, és mivel nem annak eldöntése a fő célom, hogy hány jóléti rezsim típus létezik, a három- és négyklaszteres sémát is használom. Az értelmezés megkönnyítése érdekében mindegyik klaszterre vonatkozóan kiszámoltam a GDP százalékában mért átlagos kiadási szintet.

A transzfer-jóléti szolgáltatás HKA eredményeit vizsgálva mindezekelőtt azt láthatjuk, hogy három és négy értelmes klaszterbe csoportosítható a 18 ország, bár a leginkább elfogadott jóléti állami tipológiák és az adatok közötti megfelelés egyáltalán nem tökéletes. Különösen a háromklaszteres sémában van egy nagyon nagy vegyes csoport, amely főleg – de nem kizárólag – liberális jellegű. Megjegyzendő az is, hogy a sztenderd eltérés majdnem ugyanaz a transzferek és a jóléti szolgáltatások esetében. A két komponens különböző középértékeinek szórás szerinti korrigálása csak megerősíti ezt a következtetést.

A 3. táblázat a HKA transzferekre és egészségügyi ellátásra vonatkozó eredményeit tartalmazza. Ebből nyilvánvaló, hogy e klaszterek elméletileg nem kielégítőek, bár egyes klaszterek emlékeztetnek a liberális és konzervatív modellre. A sztenderd eltérés és a szórási együttható mutatja, hogy miért nem kielégítő az eredmény, és hogy a valamilyen mértékben értelmesnek tűnő klaszterek valószínűleg miért egybevághóak. Az egészségügyi kiadások nagyon hasonlóak a 18 országban, a sztenderd eltérés több mint 15-ször kisebb, mint a transzferek esetében. A különböző abszolút mértékek szerinti korrekcióval a szórási együttható azt mutatja, hogy az egészségügyi ellátás körülbelül hatszor nyomottabb, mint a transzferek. Röviden: annak, hogy az egészségügy rosszul használható a rezsimek elkülönítése szempontjából, az az oka, hogy itt nincsenek rezsimek: az összes ország meglepően hasonlít egymásra.

3. táblázat HKA a transzferekről és egészségügyi ellátásról

Négy klaszter		Transzferek	Eü. ellátás
1. klaszter	Ausztrália, Kanada, Írország, Japán, USA	12,0	6,1
2. klaszter	Dánia, Finnország, Hollandia, Svédország, UK	15,0	6,3
3. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	6,6
4. klaszter	Kanada, Írország, Japán, USA	8,6	6,1
Sztenderd eltérés		3,56	,20
Szórás		,26	,03

Három klaszter		Transzferek	Eü. ellátás
1. klaszter	Ausztrália, Dánia, Finn-ország, Hollandia, Új-Zéland, Norvégia, Spanyolország, Svédország, UK,	13,6	6,2
2. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	6,6
3. klaszter	Kanada, Írország, Japán, USA	8,6	6,1
Sztenderd eltérés		3,92	,22
Szórás		,29	,03

Végül, a 4. táblázat a transzferekre és szociális gondozásra vonatkozó HKA eredményeit mutatja. A három- és négyklaszteres sémának is van elméleti értelme a klasszikus liberális, konzervatív és szociáldemokrata jóléti állam klasszifikáció fényében. Egy elméletileg kevésbé fontos negyedik klaszter is található a táblázatban, amely a háromklaszteres megoldás esetén a liberális klaszter részévé válik. A táblázat alján található statisztikai összegzés mutatja, hogy az eredmény nem véletlen: a szociális gondozás esetében a sztenderd eltérés a transzferek azonos mutatójának majdnem a fele, ami háromszor nagyobb szórást eredményez. Így, míg az egészségügyi ellátást a jóléti államok összességében a nagymértékű hasonlóság jellemzi, ennek ellenkezője mondható el a szociális gondozásról.

4. táblázat HKA a transzferekről és szociális gondozásról

Négy klaszter		Transzferek	Szociális gondozás
1. klaszter	Ausztrália, Új-Zéland, Norvégia, Spanyolország	9,0	1,32
2. klaszter	Hollandia, Új-Zéland, Spanyolország, UK	13,3	,8
3. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	1,6
4. klaszter	Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország	14,8	4,8
Sztenderd eltérés		3,29	1,55
Szórás		,24	,75
Három klaszter		Transzferek	Szociális gondozás
1. klaszter	Ausztrália, Kanada, Írország, Japán, Hollandia, Új-Zéland, Spanyolország, UK, USA	10,9	1,1
2. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	1,6
3. klaszter	Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország	14,8	4,8
Sztenderd eltérés		2,97	1,62
Szórás		,21	,79

Bár e cikknek nem az a célja, hogy ítéleteket alkosson a ma létező különböző tipológiákról, meg kell jegyezni, hogy az adatok Esping-Andersen (1990) eredeti klasszifikációjához illenek a legjobban. S bár találtunk egy negyedik klasztert is, így megjegyzendő, hogy semelyik más tipológia nem szerepelteti az itt található országokat önálló modellként; ezek az országok egy, inkább a liberális és konzervatív rezsim-típus között elhelyezkedő, egymással kevés hasonlóságot mutató reziduális csoportot alkotnak (vö. a 4. táblázatban található mediánértékeket). Ezért annak ellenére, hogy a négyklasztteres séma statisztikailag jól működik, elméletileg a háromrezsimes tipológia tűnik a legmegfelelőbbnek. A következő részben látni fogjuk, hogy Esping-Andersen tipológiájának megvan az a további előnye is, hogy lehetővé teszi az empirikus eredményeink elméleti általánosítását.⁵

⁵ Ugyanilyen fontos lehet, hogy az empirikus elemzés (lásd később is) alapján az igazán kiugró klaszter a szociáldemokrata. Ez az a jóléti rezsim azon kevés jóléti típushoz tartozik, amelyek gyakorlatilag az összes tipológiában szerepelnek.

A defamilizáció és dekommodifikáció két dimenziója

Eddigre tehát kiderült, hogy a közegészségügyi ellátás sajátos jóléti szolgáltatás, abban az értelemben, hogy nem illik a mértékadó jóléti rezsimek koncepcióba. Az egészségügyi kiadások annyira összenyomottak, hogy a 18 ország egyetlen klaszternek tekinthető. Ezzel ellentétben úgy tűnik, hogy a szociális gondozás nagyon jól működik a jóléti rezsimek keretében, így e részben azt vizsgálom meg, hogy a szociális gondozás miért mutatja olyan jól az ismert rezsimek-jellemzőket. Az ezt követő részben azután még visszatérek az egészségügyi ellátásra.

A 4. táblázat mediánjai jó kiindulópontot kínálnak ahhoz, hogy a szociális gondozási szolgáltatások szerepét a különböző jóléti rezsimek összefüggésében tárgyaljuk. Rögtön világossá válik, hogy a szociális gondozást tekintve a legfigyelemreméltóbb jóléti államok a szociáldemokrata típusúak; a többi ország főleg a transzferek terén mutat kiugró eredményeket. Ennek értelmezéséhez az egyik lehetőség az, ha Esping-Andersen utóbbi években született, dekommodifikációval és defamilizációval kapcsolatos elméleti munkáit hasznosítjuk (Esping-Andersen, 1999). Az alapvető megállapítás szerint a jóléti rezsimek a dekommodifikáció (az egyén piactól való függésének hiánya) ideológiailag motivált fontossága és a defamilizáció (az egyén családtól való függésének hiánya) mértéke szerint különülnek el egymástól. A dekommodifikáció és defamilizáció egyaránt elérhető transzferekkel és szolgáltatásokkal is, ennek ellenére nem azonos a koncepcióban játszott szerepük.

A lényeg úgy ragadható meg a legjobban, hogy visszatérünk a hagyományos jóléti állam irodalom feminista kritikájához. Az alapállítás szerint a nők dekommodifikációja korlátozott érvényű, ha előtte nem kommodifikálódtak: a nők hagyományosan elsősorban családon belüli szociális gondozási funkciót láttak el és így sokkal kisebb mértékben vettek részt a munkaerőpiac kommodifikáló tevékenységeiben (Orloff, 1993). Más szóval, „a jóléti rezsimek gender-érzékeny megközelítésében középponti jelentőségű a gondozás szerepe, és ezt vizsgálva fontossá válik a szociálpolitika másik fele, nevezetesen a személyes szociális szolgáltatások összessége” (Abrahamson, 1999, 409; vö. még Daly and Lewis, 2000). Így előáll a nagy paradoxon: a nők családtól való függetlenítésének egyetlen útja a piacon véghezvitt kommodifikálásuk. Ez csak úgy történhet meg, ha először is a munkahelyeknek van piaca, másodszor pedig, ha a szociális gondozási kötelezettségeket a családtól a piac vagy az állam veszi át.

Skandináviában úgy oldották meg a paradoxont, hogy kiterjesztették a közszolgáltató szektort, ami belépési lehetőséget teremtett a nőknek a munkaerőpiacra és megteremtette a lehetőséget arra is, hogy a szociális gondozást a családtól az állam vállalja át. E fejlődést történelmileg ösztönözte a nemek közötti egyenlőség melletti ideológiai elkötelezettség, ami természetesen a nők családon belüli hagyományos szerepével való szakításhoz és az állami szerepvállalás igényléséhez vezetett. A konzervatív jóléti államok a szociáldemokratákhoz hasonlóan a familiarizmus és etatizmus kettős dimenziója mentén fejlődtek, de a nők hagyományos családi szerepét hangsúlyozták, és így elfogadhatatlannak tartották a szociális gondozási közszolgáltatások expanzióját. A liberális jóléti államok

általában az állami szerepvállalás alacsony szinten tartására törekedtek. Az ideológiai elkötelezettségek a konzervatív és liberális jóléti államokban is ahhoz vezettek, hogy nagyon gyenge szociális gondozási szolgáltatásokat építettek ki azokban az években, mikor lehetséges volt a gyors fejlődés, tehát az előtt, amikor az 1970-es évektől a növekvő költségvetési problémák és új szektorspecifikus érdekek erős intézményi útfüggőséget teremtettek (Esping-Andersen, 1990; 1999; van Kersbergen, 1995; Huber and Stephens, 2000; 2001).

Most, miként Esping-Andersen (1999) és Korpi (2000) is nyilvánvalóvá tette, a defamilizáció nem korlátozódik a jóléti szolgáltatás komponensre; a kérdés felmerül a transzferrendszerekben is, amelyek segíthetik és gátolhatják is a defamilizációt. Ez az állítás egyértelmű és vitán felüli, de ennek ellenére érdemes hangsúlyozni, hogy – a feminista irodalom logikáját követve – a szociális gondozási szolgáltatások családi szférán kívüli termelésének expanziója a defamilizáció elengedhetetlen előfeltétele, mivel ez (új állások létesítésével) ösztönzést és (az otthoni gondozó munka könnyítésével) lehetőséget is teremt. E vonatkozásban a transzferek kevésbé fontosak – legalábbis elvben –, mivel kevés transzfer befolyásolja olyan közvetlenül az egyes nők motivációit, mint a szociális gondozási szolgáltatások fejlődése.

Míg a defamilizációnak sajátos jelentősége van a szociális gondozási szolgáltatások tekintetében, a dekommodifikáció közvetlenebbül kapcsolódik a transzfer komponenshez. Ez nem zárja ki a jóléti szolgáltatások dekommodifikálásának lehetőségét, tehát azt, hogy az egyéni fogyasztás függetlenedjen a piaci erőktől (Bambra, 2005). A valóságban azonban a magán jóléti szolgáltatásokra fordított, GDP arányában mért kiadások az Egyesült Államokon kívül meglehetősen korlátozottak: a legmagasabb arányt mutató Hollandiában is csak 1,4 százalék a kiadási arány (OECD Social Expenditure database). Természetesen a durva kiadási szintek elfedhetik a finomabb különbségeket, de például a közegészségügyi ellátás lefedettségi arányát vizsgálva kiderül, hogy az USA és Hollandia kivételével a tanulmányban szereplő 18 ország egyike sem esik a 90 százalékos szint alá (OECD, 2006).

Ezért indokoltnak tartom azt az értelmezést, hogy a dekommodifikáció és defamilizáció főként a jóléti állam különböző alkotórészeinek (a transzfereknek, illetve a szociális gondozási szolgáltatásoknak) feleltethető meg. Lehet, hogy eddig ez nem kapott elég nagy hangsúlyt, azon egyszerű okból, hogy a szociális szolgáltatásokat meglehetősen kevésbé vizsgálták. Az itt kifejtett állítás következtében a jövőben érdemes lehet különbséget tenni a kettő között.

Az egészségügyi ellátás gyenge ideológiai befolyásoltsága

Az előző rész tárgyalása a meglevő jóléti állam irodalom logikáját követte, és úgy összegezhető, hogy az ideológiai dimenzióknak kiemelkedő szerepe van a különböző rezsim-típusokban (bár ezek az ideológiák ma leginkább az intézményi útfüggőségen keresztül fejeződnek ki). Ha ez így van, akkor az egészségügyi ellátás sajátos helyzetének megértéséhez az vezethet, ha azt emeljük ki, hogy e téren nincs jelentősége az

ideológiai dimenzióknak. Megkísérlem majd pozitívabb módon kifejtetni ennek az okát.

Az egészségüggyel kapcsolatos első kérdés megválaszolásának kezdő lépése az, hogy áttekintjük a szociális gondozással foglalkozó elmúlt évtizedbeli irodalmat. Ez az irodalom, amely némi átfedést mutat a jóléti államról szóló feminista művekkel, előszeretettel foglalkozik a különböző országokban működő szociális gondozási rendszerek komparatív elemzésével. Különösen az állami, piaci és családi szerepvállalás eltérő megoldásai keltettek figyelmet. Az irodalom egyik középponti megállapítása, hogy a szociális gondozás szerkezete – az egészségügyi ellátásától eltérően – jelentősen különbözik az országok között a tekintetben, hogy viszonylag mekkora súlyt helyeznek az államra, a piacra és a családra. Ennek magyarázatát a szociális gondozási szolgáltatások képlékenységében vélték megtalálni (Anttonen et al., 2003).

Az érvelés meglehetősen egyszerű, ugyanakkor nagyon érdekes. A kiindulópont a jóléti szolgáltatások egyes típusai közötti alapvető különbség. Az egészségügyi ellátást a 20. század egészében a gyors technológiai haladás jellemezte, ami gyakorlatilag nélkülözhetetlenné tette a diplomás szakembereket. Ez a szolgáltatás e miatt kikerült a család fenntartása alól, és átkerült a piaci vagy állami szférába. A családon belül nyújtott egészségügyi szolgáltatás minősége az állami és piaci megoldással összehasonlítva egyszerűen elfogadhatatlanul alacsony színvonalúvá vált.

A szociális gondozási szolgáltatások terén sokkal kisebb ez a minőségbeli eltérés. Természetesen az iskoláskor előtti gyermekgondozás és az idősgondozás is professzionalizálódhat, mint ezt főleg Skandinávia példája mutatja, de ez nem technikai szükségszerűség. A szociális gondozás „felcserélhető a családi és a közsféra között” (Anttonen et al., 2003: 193), ami ezeket a szolgáltatásokat sokkal alkalmazkodóbbakká teszi más társadalmi erőkhöz, például az adott ország domináns ideológiájához. Következésképpen, a szociális gondozási szolgáltatások valószínűleg sokkal alkalmasabbak a jóléti rezsimek megkülönböztetésére, mint az közegészségügyi szolgáltatások.

Ez azonban csak félig visz tovább bennünket annak megértésében, hogy a közegészségügyi ellátás miért különbözik a szociális gondozási szolgáltatásoktól. A szociális gondozással foglalkozó irodalom segítheti annak megértését, hogy általában miért különbözik a két szolgáltatási típus, de nem ad választ arra, hogy az egyes országok miért költik a GDP-jüknek gyakorlatilag ugyanakkora részét közegészségügyi ellátásra. A 3. táblázatból látható, hogy a három, illetve négy klaszter mediánjai nagyon közel vannak egymáshoz, a nagyon alacsony sztenderd eltérés mutatja, hogy csak kis különbségek vannak. Vagy más szóval: elég világos, hogy miért nem helyezhető az egészségügyi ellátás elsősorban a családi szférába (azaz hogy miért nincs különösebb jelentősége a familiarizmus ideológiai dimenziójának), de az sokkal kevésbé nyilvánvaló, hogy a tanulmányban szereplő összes ország miért költi gyakorlatilag a GDP ugyanannyi százalékát közfinanszírozású egészségügyi ellátásra (azaz hogy miért nincs különösebb jelentősége az etatizmus ideológiai dimenziójának). Ha az egészségügyre költött magán kiadásokat nézzük, az USA kirí a csoportból a maga 5 százalékával, de a többi ország azonos mutatója 1,5

százalék alatti. Tehát az USA kivételével az egészségügyi ellátás messze legnagyobb része mindenütt közfinanszírozású.

5. táblázat *Egészségügyi ellátás és szociális gondozás (1980-2001),
közkiadások
a GDP százalékában*

	1980		2001	
	Átlag	Sztenderd eltérés	Átlag	Sztenderd eltérés
Egészségügyi ellátás	5,58	1,23	6,30	0,82
Szociális gondozás	1,34	1,43	2,06	1,69

Miért kell ennek így lennie? Az egyik lehetséges válasz szerint a magyarázat az emberek fizikai jólétének döntő fontossága. A legtöbb nyugati országban nem az erőszak és nem is az éhezés a népesség elsődleges biztonsági problémája; ezek helyébe az emberek fizikai jólétét legközvetlenebbül fenyegető veszélyként a rossz egészségi állapot kockázata lépett. Röviden, az egészségügyi ellátás olyan kérdés, amely túl fontos ahhoz, hogy az állam más szereplőkre hagyja. Ezért olyan hangsúlyos (még az USA-ban is) a közfinanszírozás. Ez magyarázhatja azt is, hogy az egészségügyi politika miért mutat olyan nagy hasonlóságot az egyébként egymástól jelentősen különböző országokban (Green-Pedersen and Wilkerson, 2006). Ha ezt az állandó funkcionális nyomást hangsúlyozó érvelést kombináljuk az alacsony szintű plaszticitással, érdekes magyarázatot kapunk arra, hogy a közegészségügyi ellátásnak miért nincs különösebb jelentősége a familiarizmus és etatizmus ideológiai dimenziójában sem. Az 5. táblázat támogatja ezt az értelmezést. A táblázat a GDP-arányos kiadások alakulását, valamint a vonatkozó sztenderd eltérést mutatja az egészségügyi ellátások és a szociális gondozási szolgáltatások terén 1980 és 2001 között. Az itt használt gondolatmenet szempontjából mindenekelőtt az az említésre méltó, hogy az egészségügyet illetően nagyon erős konvergencia ment végbe, míg a szociális gondozási szolgáltatásokban ellentétes irányú fejlődés zajlott. Castles (1998) 1960-ig visszamenően hasonló konvergens fejlődést mutatott ki. Lényegében ez a fejlődés volt várható: az 'aranykor' utáni korszakban a szociális gondozás fejlődése a különböző jóléti rezsimek útját követi, míg az egészségügyben egységesülést eredményező univerzálisabb dinamika munkált.

Bár az ilyen és ehhez hasonló magyarázatok meglehetősen kezdetlegesnek tekinthetők, legalábbis részben magyarázatul szolgálnak az egészségügy sajátos jellegére (a közfinanszírozás nagyjából azonos szintjére). Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy a magyarázat összeegyeztethető például a finanszírozás adminisztratív struktúráiban (kötelező biztosítás vagy univerzális jogok), vagy a konkrét szolgáltatások megszervezésében tapasztalható nagy tényleges különbségekkel (Moran, 2000; Bureau and Blank, 2006). Ezek a kevésbé fontos jellemzők, a szociális gondozási szolgáltatásokhoz hasonlóan, valószínűleg sokkal jobban értelmezhetők

rezsim-specifikus magyarázatokkal. Végül, általános összegzésként, az elemzés azt mutatja ki, hogy a közegészségügyi ellátás miatt majdnem biztosan használhatatlan a jóléti állam típusok jóléti komponensének helyettesítőjeként.

Következtetés

A cikk alapvető célja az volt, hogy ellensúlyozza a jóléti rezsim irodalom transzfer-centrikusságát. Ennek során megvizsgáltam, hogy jelentenek-e a jóléti szolgáltatások olyan második dimenziót, melynek segítségével csoportokba rendezhetők a jóléti rezsimok. Fő következtetésem szerint létezik ilyen dimenzió, és ez nagyon fontos abban az értelemben, hogy az egyik fő jóléti rezsim típus – a szociáldemokrata – főként az e dimenzióra költött magas kiadásokkal jellemezhető.

Azt is kimutattam azonban, hogy a jóléti szolgáltatások e második dimenziója valójában a jóléti szolgáltatások egy sajátos típusából, nevezetesen a szociális gondozási szolgáltatásokból áll. Mindenekelőtt e szolgáltatások teszik különlegessé a szociáldemokrata jóléti államokat, míg az egészségügyi szolgáltatások kiadási szintjüket tekintve az összes országban nagyfokú hasonlóságot mutatnak. Azt állítottam, hogy a szociális gondozási szolgáltatások illeszkedése a jóléti rezsimokhoz a familiarizmus és etatizmus ideológiai dimenzióinak kiemelkedő hatásával magyarázható. A szociáldemokrata jóléti államokban a nemek közötti egyenlőség és az állami szerepvállalás melletti elkötelezettség a defamiliarizmus erősödéséhez vezetett, mely eredményeként az „aranykor” éveiben gyorsan fejlődtek a szociális gondozási szolgáltatások. A konzervatív jóléti államokban kitartottak a tradicionális családmóddal mellett, a liberális jóléti államok pedig az állami részvétel minimalizálását tartották a legfontosabb célnak. Mindkét ideológiailag motivált szándék alacsony szintű állami szociális gondozási szolgáltatásokhoz vezetett. Az 1970-es évektől az intézményes örökségek a korábban kialakult politikai ösvényeken tartották a jóléti rezsimeket. Ez alapján érthető meg, hogy a kiadási szintekben mutatkozó különbségek még nőttek is az idők folyamán.

Ez vezetett ahhoz az állításhoz, hogy mindenekelőtt a jóléti rezsimok második dimenziója (azaz a szociális gondozási szolgáltatások) tekinthető a defamiliarizmus terepének, míg a transzfereknek inkább a dekommodifikációban lehet szerepe. Bár ez a megkülönböztetés természetesen nem kizárólagos jellegű, de véleményem szerint elméletileg gyümölcsöző lehet, ha a szociális gondozási szolgáltatásokat szorosabban kötjük a defamiliarizmushoz, mint a dekommodifikációhoz.

Végül, a tanulmány megállapításai szerint az egészségügyi ellátásra a familiarizmus és etatizmus ideológiai dimenziója is jelentéktelen hatást gyakorolt. Ennek oka egyrészt az alacsony fokú plaszticitás, ami jelentősen korlátozza a lehetséges szereplők számát. Így például a konzervatív jóléti államon belüli hagyományos familiarizmus ideológiája semlegesítődött, mivel a család képtelen a szükséges egészségügyi ellátás biztosítására. Másrészt az etatizmus ideológiai dimenziója is nagymértékben semlegesítődött, mivel a többi kockázatot jórészt megszüntető modern

társadalmakban speciális jelentőséget tulajdonítanak az egészségügyi ellátásnak. A rossz egészségi állapot nagyon is valóságos értelemben létező univerzális kockázat, amely erős politikai motivációt szült a különböző jóléti rezsimek útfüggőségét figyelmen kívül hagyó közegészségügyi ellátások fejlesztésére. Az ilyen érvelésben magától értetődően sok spekulatív elem van és további kidolgozásra szorul. Ugyanakkor azt is érdemes megjegyezni, hogy a kifejtett állítások illeszkednek a tanulmányban szereltetett empirikus adatokhoz.

Jelenleg éppen csak elkezdődött a szükséges munka. Sokkal mélyebb ismeretek kellene a jóléti állam transzfer komponense és jóléti szolgáltatások komponense közötti kölcsönhatásról. E feladat viszont feltételezi annak felismerését, hogy a különböző jóléti szolgáltatások nagyon eltérő módon működnek. Így természetes kiindulópontul kínálkozik a jóléti állam irodalom transzfer-centrikusságának megszüntetéséhez az a célkitűzés, hogy az általános célok szem előtt tévesztése nélkül jobban megértsük ezeket az egyes szolgáltatásterületekre jellemző sajátos szektor-dinamikákat.

Az egyik lehetőség az, hogy az egészségügyi szolgáltatáson és szociális gondozási szolgáltatáson kívül más szolgáltatásokat is bevonunk a vizsgálatba. A legnyilvánvalóbb terület az oktatás. Bár az oktatást nemigen szokás a jóléti állam részének tekinteni (vö. például a jólét OECD általi definícióját; Adema and Ladaique, 2005), ennek oka csak a konvenció lehet (Castles, 1998). Így például feltehető a kérdés, hogy az oktatásban folyó humántőke-termelés jelentéktelenné tette-e a familiarizmus és etatizmus ideológiai dimenzióit a funkcionális nyomás és a viszonylag alacsony plaszticitás miatt. A Castles (1998) által kimutatott, 1960 óta konvergens fejlődési trendek arra utalhatnak, hogy az oktatás jobban hasonlít az egészségügyi ellátásra, mint a szociális gondozásra, ezért az egyik további lehetőség az oktatás bevonása az ebben a cikkben alkalmazott kvantitatív elemzésbe. Más kutatások megvizsgálhatják az ellátási szinteket (azaz a kiadások és az ezekhez a kimenetekhez vezető politikai folyamatok közötti viszonyt). Például milyen következményekkel jár a politikára nézve, hogy egyes jóléti szolgáltatások nagyon univerzális dinamikájúak, míg mások ennek ellenkezőjét mutatják. A jóléti szolgáltatások és transzferek különböző világainak mélyebb megértéséhez sok más kérdéssel együtt erre is választ kell kapnunk.

Fordította Nyilas Mihály

Irodalom

- Abrahamson, P. (1999) 'The Welfare Modelling Business', *Social Policy & Administration* 33 (4): 394–415.
- Adema, W. and Ladaique, M. (2005) 'Net Social Expenditure, 2005'. Edition: 'More Comprehensive Measures of Social Support', OECD Social Employment and Migration Working Paper No. 29. Paris: OECD Publishing.
- Alber, J. (1995) 'A Framework for the Comparative Study of Social Services', *Journal of European Social Policy* 5 (2): 131–49.
- Anttonen, A. and Sipilä, J. (1996) 'European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models?', *Journal of European Social Policy* 6 (2): 87–100.

- Anttonen, A., Sipilä, J. and Baldock, J. (2003) 'Patterns of Social Care in Five Industrial Societies: Explaining Diversity', in A. Anttonen, J. Baldock and J. Sipilä (eds) *The Young, the Old and the State*. Cheltenham and London: Edward Elgar.
- Arts, W. and Gelissen, J. (2002) 'Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A State-of-the-Art Report', *Journal of European Social Policy* 12 (2): 137–58.
- Bambra, C. (2005) 'Cash Versus Services: "Worlds of Welfare" and the Decommodification of Transfers and Health Care Services', *Journal of Social Policy* 34 (2): 195–213.
- Bambra, C. (2007) 'Sifting the Wheat from the Chaff: a Two-dimensional Discriminant Analysis of Welfare State Regime Theory', *Social Policy & Administration* 41 (1): 1–28.
- Bettio, F. and Plantenga, J. (2004) 'Comparing Care Regimes in Europe', *Feminist Economics* 10 (1): 85–113.
- Bonoli, G. (1997) 'Classifying Welfare States: a Twodimension Approach', *Journal of Social Policy* 26 (3): 351–72.
- Burau, V. and Blank, R. H. (2006) 'Comparing Health Policy: an Assessment of Typologies of Health Systems', *Journal of Comparative Policy Analysis* 8 (1): 63–76.
- Castles, F. G. (1998) *Comparative Public Policy. Patterns of Post-war Transformation*. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar.
- Castles, F. G. (2002) 'Developing New Measures of Welfare State Change and Reform', *European Journal of Political Research* 41 (5): 613–41.
- Castles, F. G. (2005) 'Social Expenditure in the 1990s: Data and Determinants', *Policy and Politics* 33 (3): 411–30.
- Castles, F. G. and Mitchell, D. (1993) 'Worlds of Welfare and Families of Nations', in F. G. Castles (ed.) *Families of Nations. Patterns of Public Policy in Western Democracies*. Aldershot: Dartmouth.
- Daly, M. (1994) 'Comparing Welfare States', in D. Sainsbury (ed.) *Gendering Welfare States*. London, Thousand Oaks, CA and New Delhi: Sage Publications.
- Daly, M. and Lewis, J. (2000) 'The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States', *British Journal of Sociology* 51 (2): 281–98.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare State Capitalism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Esping-Andersen, G. (1999) *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Everitt, B., Landau, S. and Leese, M. (2001) *Cluster Analysis* (4th edn). London: Arnold.
- Ferrera, M. (1996) 'The "Southern Model" of Welfare in Social Europe', *Journal of European Social Policy* 6 (1): 17–37.
- Garrett, G. (1998) 'Global Markets and National Politics: Collision or Virtuous Circle?', *International Organization* 52 (4): 787–824.
- Garrett, G. and Mitchell, D. (2001) 'Globalization, Government Spending and Taxation in the OECD', *European Journal of Political Research* 39 (2): 145–77.
- Gough, I. (2001) 'Social Assistance Regimes: a Cluster Analysis', *Journal of European Social Policy* 11 (2): 165–70.
- Green-Pedersen, C. and Wilkerson, J. (2006) 'How Agenda-setting Attributes Shape Politics: Basic Dilemmas, Problem Attention and Health Politics Developments in Denmark and the US', *Journal of European Public Policy* 13 (7): 1039–52.
- Hacker, J. (2004) 'Review Article: Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Care Reform', *British Journal of Political Science* 34 (4): 693–724.
- Huber, E. and Stephens, J. D. (2000) 'Partisan Governance, Women's Employment, and the Social Democratic Service State', *American Sociological Review* 65 (3): 323–42.
- Huber, E. and Stephens, J. D. (2001) *Development and Crisis of the Welfare State. Parties and Policies in Global Markets*. Chicago, IL and London: The University of Chicago Press.

TANULMÁNYOK

- Kasza, G. (2002) 'The Illusion of Welfare "Regimes"', *Journal of Social Policy* 31 (2): 271–87.
- Kautto, M. (2002) 'Investing in Services in West European Welfare States', *Journal of European Social Policy* 12 (1): 53–65.
- Korpi, W. (1989) 'Power, Politics, and State Autonomy in the Development of Social Citizenship: Social Rights During Sickness in Eighteen OECD Countries Since 1930', *American Sociological Review* 54 (3): 309–28.
- Korpi, W. (2000) 'Faces of Inequality: Gender, Class, and Patterns of Inequalities in Different Types of Welfare States', *Social Politics* 7 (2): 127–91.
- Moran, M. (2000) 'Understanding the Welfare State: the Case of Health Care', *British Journal of Politics and International Relations* 2 (2): 135–60.
- Obinger, H. and Wagschal, U. (2001) 'Families of Nations and Public Policy', *West European Politics* 24 (1): 99–114.
- OECD (2006) *Health Data 2006*. Paris: OECD Publishing.
- Orloff, A. S. (1993) 'Gender and the Social Rights of Citizenship: the Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States', *American Sociological Review* 58 (3): 303–28.
- Pampel, F. C. and Williamson, J. B. (1988) 'Welfare Spending in Advanced Industrial Democracies, 1950–1980', *American Journal of Sociology* 93 (6): 1424–56.
- Pierson, P. (1994) *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, P. (1996) 'The New Politics of the Welfare State', *World Politics* 48 (1): 143–79.
- Powell, M. and Barrientos, A. (2004) 'Welfare Regimes and the Welfare Mix', *European Journal of Political Research* 43 (1): 83–105.
- Rauch, D. (2005) 'Institutional Fragmentation and Scandinavian Childcare Variations', *Journal of Public Policy* 25 (3): 367–94.
- Rodrik, D. (1998) 'Why Do More Open Economies Have Bigger Governments?', *The Journal of Political Economy* 106 (5): 997–1032.
- Saint-Arnaud, S. and Bernard, P. (2003) 'Convergence or Resilience? Hierarchical Cluster Analysis of the Welfare Regimes in Advanced Countries', *Current Sociology* 51 (5): 499–527.
- Scruggs, L. and Allan, J. (2006) 'Welfare-state Decommodification in 18 OECD Countries: a Replication and Revision', *Journal of European Social Policy* 16 (1): 55–72.
- Shalev, M. (1996) 'Introduction', in M. Shalev (ed.) *The Privatization of Social Policy. Occupational Welfare and the Welfare State in America, Scandinavia and Japan*. London: MacMillan Press Ltd.
- Shalev, M. (2006) 'Limits and Alternatives to Multiple Regression in Comparative Research', in L. Mjoset (ed.) *Comparative Social Research* 24. Greenwich, CT: JAI.
- Siaroff, A. (1994) 'Work, Welfare and Gender Equality', in Diane Sainsbury (ed.) *Gendering Welfare States*. London, Thousand Oaks, CA and New Delhi: Sage Publications.
- Swank, D. (2001) 'Political Institutions and Welfare State Restructuring: the Impact of Institutions on Social Policy in Developed Democracies', in P. Pierson (ed.) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- van Kersbergen, K. (1995) *Social Capitalism. A Study of Christian Democracy and the Welfare State*. London and New York: Routledge.