

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



مقاله نویسی علوم انسانی

مقاله نویسی علوم انسانی



اصول تنظیم قراردادها

اصول تنظیم قراردادها



آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقاله

آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقاله

دولت رفاه (۱)

جی. ال. پُرکت

ترجمه فروغ مصطفی منتقمی

(کارشناس ارشد و پژوهشگر موسسه مطالعات و پژوهشهای بازرگانی)

Fmontaghami@yahoo.com

دولت رفاه / هزینه رفاه / تامین اجتماعی / رفاه فردی

دولت رفاه (۲)

در کشورهای مبتنی بر اقتصاد بازار، سهم مخارج دولت از GDP (۳) بین سال‌های ۱۸۹۰ و ۱۹۹۰ میلادی به شدت افزایش یافت. در سال ۱۹۹۰ میانگین افزایش مذکور در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (۴) ۴۳ درصد و در جامعه اروپا تقریباً ۴۹ درصد بود. علت اساسی رشد مخارج دولت، توسعه رفاه مبتنی بر تامین مالی از طریق وضع مالیات بوده است که به‌ویژه پس از پایان جنگ جهانی دوم روی داده است.

۱. رفاه فردی (۵)

رفاه فردی حدود نیازمندی‌ها و خواسته‌هایی را که فرد می‌تواند آن‌ها را ارضا کند و سطحی را که در آن توانایی برآوردن آن‌ها را دارد، نشان می‌دهد. نیازمندی‌ها و خواسته‌هایی چون غذا، پوشاک، مأمن، سلامت، استراحت، خواب، فعالیت، ارتباطات شخصی و اجتماعی (۶)، محبت، عشق، قدردانی، احترام به دیگران، عزت نفس و خودباوری به هم وابسته هستند. ارضای نیازها هم به منابع فردی (مانند سلامت جسمی و روانی، دانایی،

چکیده

لزوم تامین رفاه شهروندان از سوی دولت را می‌توان از زوایای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و حقوقی مورد مطالعه قرار داد. اهمیت وجود سطح قابل قبولی از رفاه در اجتماع موجب شده است در جهان معاصر مفهوم دولت رفاه در برخی از کشورها عینیت یابد. پس از فعالیت‌گونه‌هایی از دولت رفاه و صرف هزینه‌های سنگین ناشی از تامین رفاه عمومی در این دولت‌ها و بروز بحران در اداره دولت‌های رفاه، انتقادهایی به عملکرد آن‌ها وارد شده است. در آغاز مطالب ارائه شده راجع به دولت رفاه برخی از مفاهیم و اصطلاحات مربوط به موضوع و اقدامات دولت‌های رفاه برای تامین رفاه همگانی مورد مطالعه قرار گرفته است. سپس انتقادهای وارد شده به دولت‌های رفاه و اصلاحات انجام شده برای رفع بحران ناشی از افزایش هزینه‌های این دولت‌ها بررسی شده است و در پایان نتیجه مباحث مزبور ارائه گردیده است.

مالیاتی مشارکت دارد.

پیش از پیدایش دولت رفاه، تا پایان قرن نوزدهم، منابع رفاه فرد به شغل، اشتغال آزاد، خانواده و شبکه‌های غیررسمی محدود نمی‌شد. منابع مذکور انجمن‌های دوستانه (تشکیل شده از اواخر قرن هجدهم)، موسسات دارویی دوستانه، رفاه شغلی، نهادهای کلیسا، موسسات خیریه خصوصی، بیمارستان‌های داوطلبانه، داروخانه‌های رایگان، خدمات اجتماعی بلاعوض، دولت محلی و نظایر آن‌ها را نیز شامل می‌شد. در دهه ۱۸۸۰ میلادی، بیمه اجتماعی مبتنی بر حمایت دولت در آلمان بیسمارکی، عمدتاً برای کاهش نآرامی‌های اجتماعی میان کارگران و روی آوردن به سوسیالیسم پذیرفته شد. بیمه اجتماعی طی پنج دهه بعد گسترش نسبتاً زیادی یافته بود، به طوری که تا آغاز جنگ دوم تعدادی از حمایت‌های اجتماعی تحت حمایت دولت، یا ایجاد شده از سوی دولت، در اغلب کشورهای اروپایی وجود داشت. اگر چه، پس از پایان جنگ جهانی دوم توسعه سریع و قابل توجه دولت رفاه روی داد. این توسعه تا نیمه دهه ۱۹۷۰ میلادی ادامه داشت و با اعتقاد راسخ گسترده که تامین رفاه یکی از اهداف شایسته ناشی از مسئولیت‌های دولت بود، ارتباط داشت. به طور صوری، یک دیدگاه مداخله‌گرا می‌پنداشت که دولت منبع انحصاری رفاه بود، اقتصاد خانواده نامناسب و بازار از تامین رفاه ناتوان بود. مع ذلک کثرت گرای رفاه محو نشده است و رفاه فرد برای داشتن منابع متعدد ادامه دارد.

۲. انواع دولت رفاه

نقشی که دولت رفاه در تامین رفاه عمومی ایفا می‌کند، از کشوری به کشور دیگر و حتی در یک کشور، در دوره‌های زمانی مختلف، تغییر می‌کند. گرچه، علی‌رغم این اختلاف، نقش رفاهی اساسی دولت، به دو صورت، یعنی نقش تامین کننده حداقل رفاه و نقش تامین کننده جامع از هم متمایز می‌شود. [۴] نقش نخست در اقتصاد مبتنی بر فردگرایی و نقش دوم در اقتصاد جمع‌گرا متجلی شده است.

دولت به عنوان تامین کننده حداقل رفاه، نقشی محدود اگر چه مهم، در تامین رفاه ایفا می‌کند، زیرا در این نوع از دولت رفاه،

مهارت‌ها، دارایی‌ها و پول) و هم به کوشش و نیز به محیط اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند، بستگی دارد.

از آنجا که ارضای نیازها و احتیاجات مادی و غیرمادی فرد به منابع و کوشش وی و به محیطی که در آن زندگی می‌کند، بستگی دارد، رفاه فردی منابع متعدد دارد. یکی از آن‌ها، گرچه در بسیاری از اوقات مورد توجه قرار نمی‌گیرد، خود فرد است. دیگر منابع رفاه شخص عبارتند از: خانواده (خانوار)، شبکه‌های غیررسمی (بستگان، دوستان، همسایگان، همکاران)، بازار، سازمان‌های داوطلب و حکومت مرکزی و محلی (دولت). از این رو، رفاه فرد حاصل کثرت‌گرایی رفاه (۷) و نه توحید رفاه (۸) است. [۱]

به صورت تاریخی، منبع اولیه رفاه فرد، خانواده بوده است، و امروزه نیز اقتصاد خانوار اهمیت بنیادی دارد. علاوه بر آن، اندازه خانوار بر کارایی عملکردهای آن اثر دارد. مطابق [نظر] الساندرو سیگنو، به عنوان مثال، «دو فرد ناهمگون در یک خانوار دونفره به طور مشترک، به واسطه تقسیم کار می‌توانند بیش از آنچه آن‌ها در دو خانوار یک نفره به طور مجزا [بدون استفاده از تقسیم کار] می‌توانستند کالا تولید نمایند، کالا تولید کنند... زمان [اختصاص داده شده به اقتصاد] خانه، ترکیبی از وظایف داخلی مجزا (خرید، آشپزی، نظافت و غیره)، ممکن است به واسطه تعمیم اصل تقسیم کار به تخصیص این وظایف مشخص، بهبود کارایی بیشتر حاصل شود... عامل بالقوه برای بهبود کارایی به واسطه تقسیم کار با اندازه خانوار افزایش می‌یابد.» [۲]

دولت [۳] به طور غیرمستقیم به واسطه تامین دفاع ملی و حفظ قانون و نظم، همچنین با اقدام کردن در زمانی که ابتکار عمل خصوصی وجود ندارد، بهبود رقابت و ارتباط با عوامل برونی در تامین رفاه فرد شرکت می‌کند. افزون بر آن، دولت مستقیماً به وسیله مقررات رفاهی گوناگون در رفاه فرد از جمله خدمات رفاهی (مانند آموزش، مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی شخصی)، پرداخت‌های انتقالی تامین اجتماعی (مستمری، کمک‌های بیکاری، کمک به کودکان و غیره)، یارانه‌ها (مانند یارانه‌های مسکن و یارانه‌های اشتغال) و تخفیف‌ها و معافیت‌های

معاش براساس منابع خصوصی از طریق معاملات بازار و سایر انتقالات خصوصی ناتوان هستند، فراهم نماید. از سوی دیگر، ممکن است دولت حمایت اجتماعی در برابر هر احتمال ممکن در زندگی افراد را تامین کند. به صورت تاریخی، محدوده مقررات رفاهی در حال گسترش بوده است. چون اشخاص در قبال خطرهای روز افزون حمایت شده‌اند.[۷] با این حال، گرچه در کشورهای مبتنی بر اقتصاد بازار که محدوده مقررات رفاهی گسترده است، معمولاً آزمون‌های توانمندی کمک اجتماعی برای در دسترس بودن ادامه دارد.

چنان که تفاوت‌هایی در میان حدود مقررات رفاهی وجود دارد، تفاوت‌هایی در قلمرو آن‌ها نیز موجود است. (مانند اشخاص تحت پوشش). پوشش ممکن است حداقل، مربوط به شغل، یا عمومی باشد. در مورد نخست، آزمون‌های توانمندی کمک اجتماعی به اشخاصی محدود می‌شود که فاقد هر گونه وسیله خصوصی حمایت هستند. در مورد دوم، کمک‌ها بر اساس وضعیت شغلی دریافت کننده اعطا می‌گردد. در مورد سوم، کمک‌ها به عنوان حقوق شهروندی در دسترس برای همه اعضای جامعه طبق شرایط یکسان تعیین می‌شود.[۸]

بدیهی است که این امر بر شیوه تامین مالی اثر دارد: در حالی که در موارد اول و سوم تامین مالی از طریق وضع مالیات عمومی صورت می‌گیرد، در مورد دوم تامین مالی اصولاً از طریق مشارکت‌های کارفرما و مستخدم انجام می‌شود (در زمینه حقوق بیمه یا مالیات‌های مشارکتی) و فقط در مرحله بعدی از طریق وضع مالیات عمومی است. به طوری که کمتر روشن است، این امر بر اینکه کمک‌های نقدی متفاوت هستند یا خیر، اثر دارد: در حالی که در موارد اول و سوم به نرخ مشخص تمایل دارند، در مورد دوم، به صورت متناسب با مشارکت‌ها یا درآمدهای سابق گرایش دارند. طبعاً، در عمل، نرخ مشخص و کمک‌های متغیر نقدی با یکدیگر وجود دارد.

علاوه بر تفاوت‌های موجود در حدود قلمرو مقررات رفاهی، در میان سخاوت آن‌ها نیز تفاوت‌هایی وجود دارد. مثلاً در استاندارد زندگی که امکان پذیر می‌کنند. سطح کمک‌های نقدی ممکن است بین دو حد قرار گیرد: در یک حد، کمک بیش از

بر خود اتکایی تاکید می‌شود. مثلاً انتظار می‌رود افراد سالم و توانمند به تامین رفاه خود و خانواده‌هایشان بپردازند. علاوه بر آن، ترتیبات دیگری مانند پس انداز، سرمایه‌گذاری و بیمه خصوصی نیز می‌توانند از افراد و خانواده‌هایشان در هنگام بروز بیماری، بیکاری آشکار، ناتوانی یا سالمندی و غیره حمایت کنند. از آنجا که افراد سالم در قبال رفاه خود و خانواده‌هایشان مسئول هستند، دولت به عنوان تامین کننده رفاه در آخرین وهله مورد توجه قرار می‌گیرد، که در زمانی اقدام می‌نماید که دیگر منابع رفاه فردی کفایت نمی‌کنند و تهیه خدمات رفاهی اساسی و مزایای نقدی، در سطح امرار معاش قرار دارد. صلاحیت قانونی برای واجدین شرایط در قبال این خدمات و مزایا، بر اساس آزمون‌های توانمندی (۹) است.

بالعکس، دولت به عنوان تامین کننده جامع، دولت فراهم کننده رفاه در ردیف اول قلمداد می‌شود. مسئولیت دولت در قبال رفاه عمومی، برای تامین رفاه همه مردم کشور، «از گهواره تا گور» (۱۰) است. پوشش رفاهی عمومی است و محدوده مزایای ارائه شده از سوی دولت، فراگیر است. خدمات رفاهی فراهم شده مذکور، در مرحله شروع، رایگان است. کمک‌های نقدی دولتی به مشارکت‌های پیشین مرتبط نیست و دیگر آزمون‌های توانمندی برای تمایز میان بهره‌گیران از رفاه مورد قبول نیستند. در نتیجه، نقش سایر منابع رفاه فرد به صورت وسیع کاهش داده می‌شود و سیاست‌های بازتوزیع اجتناب‌ناپذیر هستند.

البته، دولت‌های رفاه ایجاد شده در کشورهای مبتنی بر اقتصاد بازار فقط گونه‌هایی از دو نوع ناب دولت رفاه کاملاً مشخص هستند. دولت‌های رفاه تاسیس شده در کشورهای اسکاندیناوی تا پایان دهه ۱۹۸۰ میلادی، نزدیکترین شکل به نوع جامع بودند.[۵]

دولت‌های رفاه تاسیس شده در پاره‌ای از جهات به‌ویژه با توجه به محدوده، قلمرو و سخاوت مقررات رفاهی، همچنین درباره تامین مالی خود، تفاوت دارند. [۶] حدود مقررات رفاهی ممکن است محدودتر یا گسترده‌تر باشد. از یک سو، ممکن است دولت فقط یک شبکه تامین اجتماعی حداقل را از طریق انجام آزمون‌های توانمندی، منحصرأ نسبت به اشخاصی که از امرار

بر اساس فرض علمی، ممکن است دو نوع ناب مراقبت‌های بهداشتی از یکدیگر متمایز شوند: یک نوع که در مفهوم دولت رفاه حداقل به صورت تلویحی بیان شده، به صورت خصوصی تامین مالی می‌شود، همراه با مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده از سوی پزشکان و بیمارستان‌های خصوصی که بر اساس خدمت در برابر دستمزد (۱۱) پرداخت می‌شود؛ نوع دیگر در مفهوم دولت جامع به صورت ضمنی آمده، که از طریق وضع مالیات عمومی، با مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده از سوی پزشکان استخدام شده به صورت عمومی و بیمارستان‌های متعلق به بخش عمومی تامین مالی می‌شوند. گرچه در عمل، سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی به سیستم‌های ترکیبی (پیوندی) مرکب از نسبت‌های متفاوت عمومی و خصوصی مراقبت‌های بهداشتی منجر می‌شوند. [۱۰]

تا پایان دهه ۱۹۸۰ میلادی، سیستم مراقبت‌های بهداشتی که نزدیکترین شکل به سیستم خصوصی ناب بود، در امریکا برقرار شد. مراقبت‌های بهداشتی عمدتاً به وسیله پزشکان خصوصی ارائه می‌شد و بیمارستان‌های خصوصی و بیمه بهداشتی برای کارگران و وابستگان آنها خصوصی بود و معمولاً از سوی کارفرمایان پرداخت می‌شد. با این حال، علاوه بر بیمه بهداشتی خصوصی، برنامه‌های فدرال پوشش دهنده سالمندان، افراد ناتوان و فقرا نیز وجود داشت. برعکس، سیستم مراقبت‌های بهداشتی (خدمات بهداشت ملی) نزدیکترین نوع به سیستم عمومی ناب بود. سیستم مذکور به صورت غالب از طریق وضع مالیات عمومی تامین مالی می‌شد و همه جمعیت را تحت پوشش می‌گرفت. مراقبت‌های بهداشتی از سوی پزشکانی که حقوقشان پرداخت می‌شد و بیمارستان‌های متعلق به بخش عمومی ارائه می‌شد و با برخی استثنائات، رایگان بود. برخلاف آن، مراقبت بهداشتی خصوصی هم در دسترس بود.

سیستم مراقبت‌های ایجاد شده در کانادا و آلمان غربی نیز قابل توجه هستند. طی سال‌ها، کانادا سیستم مراقبت‌های بهداشتی شبیه نوع امریکایی داشت. با این حال، در سال ۱۹۷۱ میلادی این سیستم به سیستم بیمه بهداشت ملی که عموم جمعیت را پوشش می‌داد، تغییر یافت و از طریق وضع مالیات

سطح امرار معاش تضمین نمی‌شود، در حد دیگر، کمک به عنوان نتیجه یک احتمال، جایگزین درآمد از دست رفته می‌شود. چنان که از مورد مذکور استنباط می‌شود، درباره پوشش حداقل و عمومی احتمال دارد کمک‌ها در سطح یا کمی بالای سطح امرار معاش قرار گیرد. در صورتی که در مورد پوشش مربوط به شغل، احتمال دارد به نسبت مشارکت‌ها یا درآمدهای قبلی باشد.

قطع نظر از سطح ابتدایی آنها، کمک‌های نقدی (به ویژه کمک‌های بلندمدت) مشکل فهرست کردن آنها در یک ردیف با تورم آشکار یا درآمدهای در حال افزایش را ایجاد می‌کند. همچنین مشکل حداقل آنها ایجاد می‌گردد؛ آیا این امر با سطح امرار معاش یکسان می‌شود یا اینکه به فرد اجازه می‌دهد به زندگی در جامعه‌ای که به آن تعلق دارد، سوق داده شود؟ گرچه، شایان ذکر است با اینکه تصور شرافتمندانه بودن ذهنی است، این امر به تغییر استانداردها و انتظارات اجتماعی بستگی دارد.

نهایتاً، تفاوت‌هایی در تامین مالی مقررات رفاهی وجود دارد. به‌طور کلی، کمک‌های نقدی از طریق وضع مالیات تامین مالی می‌شوند. اگر دقیق‌تر بیان گردد، ممکن است کمک‌های نقدی منحصرأ به وسیله وضع مالیات عمومی، یا به واسطه ترکیبی از مشارکت کارفرما و مستخدم و وضع مالیات عمومی تامین مالی شوند. هنگامی که شکل اخیر تامین مالی مورد استفاده قرار گیرد، ممکن است از یک اقتصاد بازار سرمایه داری به دیگری، با مقدار اتکای کمتر به مشارکت‌ها، با اشکال دیگر تفاوت وجود داشته باشد. [۹]

البته دولت‌های رفاه تاسیس شده در کشورهای مبتنی بر اقتصاد بازار تنها پرداخت‌های انتقالی تامین اجتماعی همانند بازنشستگی، مستمری زنان بیوه، هزینه بیماری، کمک‌های بیکاری، کمک‌های مربوط به کودکان و مساعدت اجتماعی را تامین نمی‌کنند. علاوه بر آن، خدمات رفاهی (آموزش، مراقبت‌های بهداشتی، خدمات رفاهی شخصی و غیره)، یارانه‌ها (مانند یارانه‌های مسکن و یارانه‌های شغل)، و تخفیف‌های مالیاتی و معافیت‌های مالیاتی را نیز مقرر می‌دارند. از این مقررات رفاهی، مراقبت بهداشتی مستلزم آن است که صریحاً ذکر شود.

صورت گرفت؛ هنگامی که، همان طوری که میلتنون فریدمن در سال ۱۹۶۲ نوشت: «رفاه بیش از آزادی در کشورهای دموکراتیک غالب شد» [۱۲] به عنوان نتیجه، سهم هزینه دولت از GDP در رفاه تامین شده از سوی دولت در همه کشورهای مبتنی بر اقتصاد بازار بسیار افزایش یافت.

مثلاً در انگلستان، سهم درآمد ملی که از مالیات تامین گردید یا برای تامین مالی آموزش، مسکن، بهداشت، حفظ درآمد و خدمات مراقبت‌های اجتماعی استقراض شد، از حدود ۲/۶ درصد در آغاز قرن (هنگامی که تامین رفاه به‌طور گسترده شامل مقررات قانون فقرا و آموزش ابتدایی بود) از حدود ۷ درصد در سال ۱۹۲۰، ۱۱ درصد در سال ۱۹۳۰، ۱۴ درصد در سال ۱۹۵۰، و ۲۰ درصد در سال ۱۹۷۰ به حدود ۲۵ درصد در نیمه سال ۱۹۷۰ افزایش یافت. [۱۳] ارقام ارائه شده به وسیله ریچارد رز و تا حدی نمایش داده شده در جدول زیر نیز در اینجا مناسب هستند، گرچه منحصراً به منابع درآمد فرد اشاره می‌کنند. از این ارقام استنباط می‌شوند که بین سال‌های ۱۸۵۱ و ۱۹۸۱ نقش دولت به عنوان منبع درآمد فرد شدیداً افزایش یافته بود. در حالی که در سال قبل تنها ۱/۲ درصد از جمعیت انگلستان از دولت عایدی دریافت می‌کرد. در سال آخر ۳۸/۵ درصد از طریق پرداخت‌های مربوط به حفظ درآمد یا از طریق شغل عمومی دریافت می‌کرد.

تامین مالی می‌شد و تقریباً کل بیمه بهداشت خصوصی ممنوع شد. ولی اغلب پزشکان و بیمارستان‌ها خصوصی بودند. آلمان غربی به اتکای به سیستم بیمه بیماری سنتی خود ادامه داد، که در آن پوشش بیمه اساساً وابسته به شغل بود و از طریق صندوق‌های بیماری با عضویت اجباری عمل می‌کرد.

تا پایان دهه ۱۹۸۰ سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی برقرار شده در کشورهای عضو OECD معمولاً گونه‌های دیگر سیستم مراقبت‌های بهداشت ملی (انگلستان)، یا سیستم بیمه بهداشت (کانادایی) یا سیستم بیمه بیماری سنتی (آلمان غربی) بودند. گونه‌های دیگر سیستم مراقبت‌های بهداشتی خصوصی نادر بودند.

در سال ۱۹۹۰ سهم هزینه بهداشت خصوصی از کل هزینه بهداشت در نروژ حدود ۲ درصد، در سوئد ۱۰ درصد، در انگلستان ۱۵ درصد، در ایتالیا ۲۱ درصد، در آلمان ۲۲ درصد، در فرانسه ۲۵ درصد، در کانادا ۲۸ درصد، در ژاپن ۳۰ درصد، در اسپانیا ۳۱ درصد، در اتریش ۳۵ درصد و در آمریکا ۶۰ درصد بود. [۱۱]

۳. هزینه رفاه (۱۲)

دولت رفاه تامین مالی شده از طریق مالیات طی زمان ظهور آن در پایان قرن نوزدهم و نیمه سال ۱۹۷۰ توسعه یافت. این توسعه به ویژه طی سه دهه پس از پایان جنگ جهانی دوم

جدول ۱- منابع درآمد فرد در انگلستان طی سال‌های ۱۸۵۱-۱۹۸۱

(درصد)

تامین شده تا سال:	۱۸۵۱	۱۹۱۱	۱۹۳۸	۱۹۵۱	۱۹۸۱
بازار (شغل خصوصی)	۴۹/۱	۴۰/۸	۳۹/۱	۳۴/۵	۲۹/۹
دولت					
شغل عمومی	۱/۲	۳/۰	۴/۷	۱۲/۵	۱۳/۷
حفظ درآمد	۰	۲/۵	۸/۹	۱۲/۵	۲۴/۸
مجموع دولت	۱/۲	۵/۵	۱۳/۶	۲۵/۰	۳۸/۵
انتقالات خانوارها	۴۹/۷	۵۴/۸	۴۷/۳	۴۰/۵	۳۱/۶
کل جمعیت (به میلیون نفر)	۲۰/۸	۴۲/۱	۴۷/۵	۵۰/۲	۵۵/۸

ماخذ:

Richard Rose, "The Dynamics Of The Welfare Mix in Britain", In Richard Rose and Rei Shiratori (eds), The Welfare State East and West, Oxford, Oxford University Press, 1986, P.83, Table 4.1.

دیگر، اگر در نتیجه کاهش نرخ‌های تولد و افزایش امید زندگی، جمعیت در حال پیر شدن باشد، ناگزیر تحت فشار فزاینده قرار می‌گیرد.

انتظار می‌رود پیر شدن سریع جمعیت در بسیاری از کشورهای صنعتی طی نیمه نخست قرن ۲۱ روی دهد. زیرا افراد متولد baby boom [تولد تعداد زیادی کودک در دوره زمانی خاص] پس از جنگ تا حدود سال ۲۰۱۰ شروع به بازنشستگی می‌کنند. [۱۵] طبق مطالعه منتشر شده در سال ۱۹۹۵ که کانادا، فرانسه، آلمان، ایتالیا، ژاپن، انگلستان و ایالات متحده را در بر می‌گرفت، «در همه این هفت کشور مهم به استثنای انگلستان، نسبت‌های وابستگی سالخورده (نسبت سالخورده به جمعیت در سن کار تعدیل شده) اغلب تا حدود سال‌های ۲۰۳۰ تا ۲۰۴۰ قبل از برقراری یا کاهش اندک، اغلب برای مضاعف شدن برنامه‌ریزی می‌شوند. نسبت‌های وابستگی سالخورده برای به اوج رسیدن در ژاپن، آلمان و فرانسه از حدود ۶ درصد و در ایتالیا در ۷ درصد برنامه‌ریزی می‌شوند. در حالی که اوج این نسبت برای ایالات متحده، انگلستان و کانادا احتمالاً حدود ۴ درصد تا ۵ درصد خواهد بود.» [۱۶]

در نتیجه، اگر طرح‌های مستمری دولتی پرداخت از قبل سرمایه‌گذاری نشده موجود، بی‌تغییر بمانند، سطوح بدهی عمومی الزاماً برخی از اوقات به شدت افزایش داده می‌شوند. به منظور جلوگیری از تحت کنترل قرار نداشتن بدهی‌های عمومی، طرح‌ها باید اصلاح شوند، شکل‌های دیگر افزایش مشارکت کارفرما و مستخدم وجود دارد تا ارزش واقعی مستمری‌های دولت، یا سن بازنشستگی کاهش داده شود. با این حال، هنوز شکل دیگر، یعنی تغییر دادن از مستمری‌های تامین شده از سوی دولت، که خارج از مالیات‌ها پرداخت می‌شوند، به مستمری‌های سرمایه‌گذاری شده خصوصی که خارج از پس اندازهای شخصی پرداخت می‌گردند، وجود دارد. این شکل قبلاً از سوی تعدادی از اقتصاددانان، از نیمه دهه ۱۹۹۰ حمایت شده بود، [۱۷] هنگامی که حداقل تعدادی از حکومت‌ها سرانجام نیاز به تقویت ایجاد طرح‌های مستمری سرمایه‌گذاری شده خصوصی برای تکمیل انواع مستمری‌های تحت اداره دولت را آغاز کرده بودند.

درباره به‌ویژه دوره پس از جنگ، در کشورهای عضو OECD، هزینه برنامه‌های اجتماعی عمومی (مانند آموزش، مراقبت‌های بهداشتی، پرداخت‌های انتقالی و خدمات اجتماعی شخصی، به استثنای مسکن) به‌طور متوسط تا ۱۳/۱ درصد از GDP در سال ۱۹۶۰، تا ۲۵/۶ درصد در سال ۱۹۸۱ و تا حدود ۲۷ درصد در سال‌های ۱۹۸۵ و ۱۹۹۰ محاسبه شده است. بدیهی است این میانگین‌ها تفاوت زیاد سهم هزینه دولت در GDP در خصوص رفاه تامین شده از سوی دولت، از کشوری به کشور دیگر را پنهان می‌کند: در حالی که این هزینه در سال ۱۹۶۰ از ۷/۷ درصد (در سوئیس) تا ۲۰/۵ درصد (در آلمان غربی) تغییر می‌کرد، در سال ۱۹۸۱ میان حدود ۱۳/۴ درصد (در یونان) تا ۳۷/۶ درصد (در بلژیک) قرار داشت. [۱۴]

بنابراین، شگفت‌انگیز نیست که طی پایان دهه ۱۹۷۰ و آغاز دهه ۱۹۸۰، در تعدادی از کشورها کوشش‌هایی برای مهار کردن هزینه رفاه صورت گرفته است. با این حال، کوشش‌های مزبور برای کنترل رشد هزینه رفاه یا کاهش آن به وسیله عواملی که بر سطح آن اثر دارند، خنثی شده است. عوامل مذکور عبارتند از: محدوده، قلمرو و سخاوت مقررات رفاه، ترکیب سنی جمعیت و چرخه تجاری. از این عوامل، صرفاً ترکیب سنی جمعیت و تاثیر آن بر هزینه رفاه برای توضیح مختصر برگزیده می‌شود.

طرح‌های مستمری دولتی اولیه به پیگیری اجرای بیمه خصوصی انباشت سرمایه که برای مواجه شدن با هزینه‌های مستمری آینده کافی بود، کمک می‌کردند. سپس گرچه، در اغلب کشورهای عضو OECD طرح‌های مستمری بر اساس پرداخت از قبل (۱۳) قرار داشت که به این معنا است که مستمری‌هایی که خارج از مشارکت‌های کارفرما و مستخدم پرداخت می‌شوند، نتیجه انتقالات بین نسلی (۱۴) بوده است. طرح‌های مستمری دولت به صورت پرداخت از قبل ممکن است مستمری‌ها را فوراً در آغاز آن‌ها یا به نسل‌هایی که کمی در سرمایه‌گذاری آن‌ها شرکت دارند یا در آن‌ها شرکت ندارند، بپردازند. به علاوه، به میزانی که نسبت وابستگی سالخورده (مثلاً نسبت بازنشستگان به جمعیت در سن کار) پایین است، بار مالیات سنگین را بر کارفرماها و مستخدمان تحمیل نمی‌کنند. از سوی

نمی‌توانستند آن را تحمل کنند، تشدید شد.

دولت رفاه به عللی متهم شده است. از جمله: متمرکز بودن، دیوان‌سالارانه بودن و فقدان کارایی؛ ایجاد خدمات رفاهی انحصاری و ایجاد فشارهای تورمی؛ تقدم قائل شدن برای مصرف و باز توزیع درآمد و ایجاد ثروت روی ثروت؛ اهمال در تعهدات به نفع موسسات مستقل؛ عدم تشویق نسبت به کار شدید و منجر شدن به سوء استفاده از آن از سوی افراد متوقع و امتناع کنندگان از کار موظف و داشتن اثر نامطلوب بر خوداتکایی، انتخاب مصرف‌کننده و میل به پس‌انداز، تامین خدمات رفاهی دارای کیفیت پایین و محو نکردن فقر. دولت رفاه به علل زیر به وابسته کردن اشخاص از لحاظ اقتصادی به دولت نیز متهم شده است؛ کمک کردن به بارور شدن رفاه اجتماعی (ناهار رایگان) ذهنی یا اخلاقی (مانند فرهنگ وابستگی) از طرف دریافت کنندگان رفاه و ذهنیت ایجاد کننده رفاه از طرف تامین کنندگان رفاه و تولید مزایای اعطا شده در حفظ و توسعه بی‌وقفه آن.

در نتیجه، گسترش دولت رفاه تامین مالی شده از طریق وضع مالیات به منزله شرکت در تنش چند بعدی میان فردگرایی اقتصادی و جمع‌گرایی اقتصادی ذاتی اقتصادهای مدرن و به عنوان از بین برنده موازنه در مسیر اخیر قلمداد شده است. به‌ویژه درباره یک بعد این تنش، یعنی میان معیار اقتصادی (کارایی) و معیار رفاه، تئودور گیگر اظهار داشت که «میان معیارهای رفاه و کارایی تضاد ضروری وجود ندارد. جایگزینی رفاه به جای کارایی ممکن است و اغلب رفاه و کارایی را بهبود می‌دهد. به عبارت دیگر، دو دسته از معیارهای تصمیم می‌تواند به صورت دو جانبه در اثر ایجاد یک نتیجه حاصل جمع مثبت مثلاً بیشتر هردو... تقویت گردند. با این حال، جایگزینی معیار رفاه به جای معیار کارایی می‌تواند یک بازی با حاصل جمع منفی نیز باشد...، یعنی شکلی که در آن نه تنها کارایی، بلکه به زودی یا بعداً، رفاه هم کاهش یابد... بنابراین، رفاه بیش از حد یا انواع نادرست رفاه با تحلیل بردن کارایی ممکن است به مرور زمان به کاهش رفاه هم منجر شود.» [۲۰]

جمله گیگر می‌تواند به شرح زیر تنظیم شود: در حالی که دولت رفاه حداقل به مشارکت در کارایی فرایند تولید ثروت و

علاوه بر تحت فشار قرار داشتن طرح‌های دولتی پرداخت از قبل سرمایه‌گذاری نشده، پیر شدن جمعیت سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی ایجاد شده را تحت فشار قرار می‌دهد. شایان ذکر است که، گرچه عوامل دیگر هم برای صرف هزینه در مراقبت‌های بهداشتی، از جمله افزایش انتظارات، به‌ویژه، پیشرفت‌هایی در فناوری پزشکی و دارویی (نوعاً گزاف) هم بر آن‌ها فشارهایی وارد می‌سازند.

مسلماً، پیر شدن جمعیت فقط بر هزینه رفاه تاثیر شدید ندارد. این پدیده همچنین علاوه بر سایر امور، بر رشد اقتصادی، مشارکت نیروی کار، توانایی پذیرش و تحرک نیروی کار، توزیع درآمد، الگوهای مصرف، میل به پس‌انداز، سرمایه‌گذاری و رفتار رأی‌دهنده اثر شدید دارد.

طبق مفاد نشریه‌ای منتشر شده از سوی OECD در سال ۱۹۹۶، باید اضافه شود آثار پیر شدن سریع جمعیت (شاید مهمتر از همه در ژاپن و برخی از کشورهای اروپا) بر مصرف، پس‌انداز و سرمایه‌گذاری از عوامل موثر بر امکان کاهش سرمایه جهانی طی سال‌های آتی هستند. عوامل دیگر عبارتند از: کاهش بلند مدت عموماً در نرخ‌های پس‌انداز در کشورهای صنعتی به‌طور کلی، درصد کسری بودجه در تعدادی از اعضای OECD، به‌ویژه ایالات متحده و تقاضای بالقوه برای سرمایه جهت مواجه شدن با نیازهای سرمایه‌گذاری اقتصادهای در حال گذار اروپایی و روسیه، همچنین کشورهایی با اقتصادهای در حال ظهور پویا در غرب و آسیای جنوب شرقی و امریکای لاتین. «به‌طور کلی، پیوستگی‌ها نشان داده بودند که این عوامل می‌توانستند به تقاضاهای جهانی برای عرضه پیش‌افتاده سرمایه و افزایش بعدی در نرخ‌های بلندمدت منجر شوند.» [۱۸]

۴. انتقاد از دولت رفاه

گرچه در بسیاری از موارد دولت رفاه تقویت شد، توسعه دولت رفاه تامین مالی شده از طریق وضع مالیات به انتقاد از دولت رفاه منجر شده است. این انتقاد قبلاً در دهه ۱۹۶۰ بروز کرد، [۱۹] اما در دهه ۱۹۷۰ هنگامی که افزایش صرف هزینه رفاه بار بسیار بزرگی را بر اقتصادهای ضعیف قرار داد، به شکلی که دیگر

اینکه پایین آوردن آن دشوار است.

با این حال، برای هزینه رفاه نسبت به گسترش دولت رفاه تامین مالی شده از طریق وضع مالیات حدودی وجود دارد. این حدود ناشی از آن است که دولت رفاه بر سرمایه گذاری، کارایی تخصصی و کارایی انسانی آثار متفاوتی دارد. بدین معنا که اگر تجارت آزاد باشد و بازارها بسیار مغایر باشند، این امر، از جمله به علت منجر شدن به هزینه‌های نیروی انسانی بالا (دستمزد و غیر دستمزد) به رقابت بین‌المللی کشور آسیب می‌رساند. [۲۲]

تحت تاثیر عواملی مانند رکود فعالیت اقتصادی، نرخ‌های پایین رشد اقتصادی، کاهش رقابت بین‌المللی و تغییرات جمعیت، مرحله‌ای می‌رسد که در آن، دیگر اقتصاد قادر نیست هزینه رفاه تامین شده از سوی دولت را تحمل کند. در نتیجه، با مشکل کاهش رفاه مواجه می‌شود. کاهش‌ها ممکن است با اصلاحات جزئی هزینه رفاه یا اصلاح عمیق دولت رفاه حاصل شود.

در مورد قبلی، مثلاً درباره اصلاحات جزئی رفاه، دولت رفاه تاسیس شده باقی می‌ماند. مع‌ذک معیارهایی برای مهار کردن هزینه رفاه اتخاذ می‌کنند مانند سخت کردن معیارهای استحقاق انتخاب، ثابت کردن در یک سطح معین یا کاهش مزایای نقدی و یارانه‌های مسکن، تحت کنترل در آوردن مزایای نقدی برای وضع مالیات و تحمیل هزینه‌های استفاده کنندگان (مانند ملزم کردن بیماران به پرداخت سهمی از مراقبت‌های بهداشتی که عملاً دریافت می‌کنند) علاوه بر آن، ممکن است معیارهایی برای بهبود کارایی خدمات رفاهی تامین شده از سوی دولت اتخاذ شود. یک امکان این است که به جای تامین خدمات رفاهی به وسیله بخش عمومی، دولت آن‌ها را از طرف استفاده کنندگان از تامین کنندگان مستقل رقیب خریداری کند. امکان دیگر این است که اسناد هزینه‌های آموزش و مراقبت‌های بهداشتی را ارائه دهند تا استفاده کنندگان، از میان تامین کنندگان بدیل به انتخاب بپردازند. [۲۳] از این رو، رقابت ایجاد می‌شود. جریان سرمایه‌گذاری‌ها به صورت متفاوت به شکل زیر است:

$$G \rightarrow MP \rightarrow U \text{ to } G \rightarrow CP \rightarrow U \text{ or to } G \rightarrow U \rightarrow CP,$$

بنابراین به رفاه منجر می‌شود، دولت رفاه فراگیر به بازداشتن از کارایی و مانع شدن در فرایند تولید ثروت سوق داده می‌شوند، از این رو، به‌طور نامطلوب بر رفاه اثر دارد. این جمله اظهار می‌دارد که شکل قبلی دولت رفاه بر شکل اخیر قابل ترجیح است.

۵. اصلاحات جزئی و اصلاح عمیق

گرچه دولت رفاه تامین مالی شده از طریق وضع مالیات دارای منتقدانی است، حامیان وفاداری نیز دارد. [۲۱] آن‌ها به این فرض مغالطه آمیز اعتقاد دارند که افزایش رفاه تامین شده از سوی دولت به‌طور اجتناب ناپذیر به معنای افزایش رفاه در جامعه است و اینکه کاهش در رفاه تامین شده به وسیله دولت، ناگزیر به معنای کاهش رفاه در جامعه است. بنابراین، تامین رفاه به وسیله بازار و سازمان‌های داوطلب را نمی‌پذیرند و در موارد گسترده نیز به عنوان نامناسب بودن، تامین رفاه به وسیله خانوارها را رد می‌کنند.

حامیان دولت رفاه تامین مالی شده از طریق وضع مالیات از میان دریافت کنندگان رفاه (فعلی، بالقوه و آینده) ایجاد کنندگان رفاه (چه حرفه‌ای باشند یا غیر حرفه‌ای) و دیوان سالاران رفاه به کار گرفته می‌شوند. از آنجا که آن‌ها (البته نه به صورت یکسان) در حفظ و گسترش دولت رفاه به منافعی دست یافته‌اند، به شدت با اصلاحات جزئی و اصلاح عمیق دولت رفاه مخالفت می‌کنند، عمده‌ا اهمیت مشکلات رفاه را اغراق آمیز می‌نمایند، با صدای بلند از کسری سرمایه گذاری شکایت دارند و به صورت بی وقفه منابع اضافی را مطالبه می‌کنند.

بنابراین، در نظام‌های سیاسی دمکراتیک، دولت با گروه‌های فشار متقاضی هزینه رفاه بیشتر مواجه است. با این حال، در رقابت‌های آن‌ها برای آراء، دولت و جناح مخالف نیز می‌توانند برای هزینه رفاه بالاتر با یکدیگر همکاری کنند: دولت به وسیله تسلیم شدن به فشار گروه‌های متقاضی و جناح مخالف برای مواجه شدن با تقاضاهای گروه فشار در صورتی که انتخاب شود. بنابراین، دولت‌های پیشین می‌توانند دولت‌های آینده را به صرف هزینه رفاه متهم سازند که یکی از علل هزینه‌های بالای دولت وضع مالیات سنگین، کسری بودجه و بدهکاری دولت است و

نقش دولت رفاه و همچنین هزینه رفاه را بسیار کاهش می‌دهد. دولت از تامین کننده ردیف اول بودن دست می‌کشد. نقش رفاهی آن به نظارت بر سیستم اداره شونده به صورت خصوصی، حفظ درآمد حداقل که نباید کسی از آن پایین تر باشد، تشویق کار سازمان‌های داوطلب و اقدام کردن در کاری که نادرست پیش می‌رود، محدود می‌شود.

در صورتی که نقش دولت رفاه بسیار کاهش یابد، جایگزینی تامین خصوصی به جای تامین عمومی متضمن پایان طرح‌های تحت اداره شرکت‌ها نیست. با این حال، زیان چنین طرح‌هایی این است که مستخدمانی را که شغل‌هایشان را عوض می‌کنند، به دفعات بیمه می‌نمایند، بنابراین، از تحرک نیروی انسانی که می‌تواند به نوبه خود مانع رشد اقتصادی شود، جلوگیری می‌کنند. در عمل، چنان که ذکر شد، تلاش‌ها برای کاهش هزینه رفاه در تعدادی از کشورها قبلاً در پایان دهه ۱۹۷۰ و آغاز دهه ۱۹۸۰ شروع شد. برخی از نمونه‌های اصلاحات جزئی رفاه در یکی از نشریات OECD در سال ۱۹۹۰ ارائه شده است. براساس مفاد این نشریه، «تعدیل مزایا انجام نشده (در ایتالیا)، یا محدود گردیده بود (کانادا و هلند)، در حالی که ترتیبات راجع به تامین رفاه به صورت آزمون‌های توانمندی در حال افزایش شده بود(در استرالیا)؛ در برنامه‌های انتقال درآمد، پیوندهای تنگ‌تری میان درآمد و کار برقرار شده است (در فرانسه، آلمان، هلند، اسپانیا، انگلستان)؛ در بخش بهداشتی برای مطرح کردن نیروهای بازار، همچنین ظرفیت اضطراری (در بیمارستان‌ها) به منظور تحریک موثرتر استفاده از منابع (آلمان، ایتالیا، هلند، پرتغال، انگلستان، ایالات متحده) کوشش‌هایی صورت گرفته بود.» [۲۴]

گرچه اصلاحات جزئی رفاه طی نیمه اول دهه ۱۹۹۰ ادامه یافت، [۲۵] دولت‌ها مایل نبودند اصلاح اساسی درباره تأسیس دولت رفاه را آغاز کنند، عمدتاً به این علت که اغلب حمایت عمومی نسبت به آن وجود نداشت. با این حال، برخی از اقتصاددانان و سیاستمداران تصدیق می‌کردند که دولت رفاه ایجاد شده نمی‌توانست دیگر از عهده مخارج برآید و اصلاحات جزئی رفاه نمی‌توانست مشکلات ایجاد شده را رفع کند [۲۶] و اینکه حداقل، جایگزینی جزئی تامین خصوصی در قبال تامین

که G به جای دولت به عنوان سرمایه گذار قرار دارد، MP به جای انحصار تامین کنندگان رفاه بخش عمومی، CP به جای ایجادکنندگان رفاهی رقیب و U به جای استفاده‌کنندگان قرار دارد.

در حالی که برای اصلاحات جزئی، دولت رفاه ایجاد شده باقی می‌ماند، در مورد اصلاح عمیق، دولت رفاه به صورت اساسی کاهش مقیاس می‌یابد یا از بین می‌رود. یعنی تامین خصوصی از طریق بیمه خویش فرما و پس‌اندازهای فردی جایگزین تامین عمومی پرداخت شده خارج از مالیات‌ها شده است. سیستم صندوق‌های رفاه فردی (از حساب‌های مدت زندگی فردی) ایجاد می‌شود، که در آن، مردم حقوق بیمه خود را می‌پردازند و خارج از آن مزایایی را در صورت بیکاری آشکار، بیماری، ناتوانی، بازنشستگی و غیره دریافت می‌کنند.

گرچه بیمه خویش فرما می‌تواند اختیاری یا اجباری باشد، عدم مزیت اختیاری بودن بیمه خویش فرما واگذار کردن بیمه به افراد است. برخی از اشخاص ممکن است در بیمه کردن خود به صورت مناسب تصور کنند یا اصلاً خود را در برابر احتمالات آینده بیمه نکنند. گرچه ممکن است سیستم به صورت خصوصی یا به وسیله دولت اداره شود، سه اعتراض علیه طرح‌های سرمایه‌گذاری شده از سوی دولت مطرح شده است: این طرح‌ها به انحصار منجر می‌شوند، کارایی سرمایه‌گذاری آن‌ها ممکن است از فقدان رقابت میان مدیران سرمایه آسیب بیند، و طرح‌های مذکور می‌توانند بسیار آسان، از طریق دولت‌هایی که به هدایت سرمایه یا اجرای ملی کردن غیرقانونی متمایل هستند، مورد یورش قرار گیرند. از این رو، به نظر می‌رسد تامین خصوصی از طریق بیمه خویش فرما به وسیله سیستمی که سرمایه‌گذاری می‌شوند، به صورت خصوصی اداره می‌گردد و چنانکه نسبت به بیمه اساسی اجباری است، به بهترین شکل به خدمت گرفته می‌شوند. این اقدام ارتباط میان مشارکت‌ها و مزایا را ترمیم می‌کند، وضع مالیات را کاهش می‌دهد، منابع مالی را برای سرمایه‌گذاری آزاد می‌کند و فرهنگ وابستگی را تضعیف می‌نماید.

مسلماً، جایگزینی تامین خصوصی به جای تامین عمومی

علی‌رغم این حدود، در نظام‌های سیاسی دموکراتیک دولت رفاه جامع باعث طرح تقاضاهایی از سوی جناح مخالف، گروه‌های فشار و انتخاب در قبال مخارج رفاه بالاتر می‌شوند. طرز بیان چنین تقاضاهایی (و به صورت مشابه، روی دادن تقلب در استفاده) حاکی از آن است که در فعالیت دولت رفاه جامع، این دولت موضوع جمله مشهور «قانون می‌گوید» است که بر اساس آن عرضه تقاضای خود را ایجاد می‌کند.

در عمل، فقط گونه‌های دولت رفاه جامع به عنوان نوع ناب در اقتصادهای بازار سرمایه داری تشکیل شده‌اند. گونه‌های ایجاد شده ممکن است از دو طریق مورد انتقاد قرار گیرند: از یک سو، به سبب شکست در رفع فقر، رها کردن طبقه پایین اجتماع، بهبود خدمات رفاهی و غیره؛ از سوی دیگر به سبب آثار اقتصادی و غیراقتصادی متفاوت مانند تضعیف اخلاق کار، توقف تولید ثروت، کشاندن مردم تحت تولید دولت و تشویق به از هم پاشیدن خانواده‌ها.

چنانکه گسترش دولت رفاه ادامه می‌یابد، مرحله‌ای می‌رسد که در آن، اقتصاد دیگر نمی‌تواند هزینه رفاه ایجاد شده از سوی دولت را تحمل کند. بنابراین، مسئله کاهش رفاه مطرح می‌شوند. کاهش هزینه ممکن است با اصلاح جزئی دولت رفاه حاصل شود در حالی که دولت رفاه ایجاد شده حفظ می‌شوند، یا با اصلاح عمیق دولت رفاه ایجاد شده، مثلاً با جایگزینی تامین خصوصی به جای تامین عمومی صورت گیرد.

جایگزینی تامین خصوصی به جای تامین عمومی نقش رفاهی دولت و همچنین سهم مخارج دولت در GDP و وضع مالیات را بسیار کاهش می‌دهد، همچنین سرمایه‌هایی را برای سرمایه گذاری آزاد می‌کند، پیوند میان شرکت‌ها و مزایا را ترمیم می‌نماید و فرهنگ وابستگی را تضعیف می‌کند. نهایتاً این امر رفاه جامعه را افزایش می‌دهد. با این حال، هنگامی که گونه‌ای از دولت رفاه جامع ایجاد می‌شود، کوشش‌ها برای جایگزینی تامین خصوصی در برابر تامین عمومی، احتمالاً فاقد حمایت عمومی خواهند بود، زیرا دولت رفاه تامین مالی شده از سوی دولت، بی‌آنکه مسئولیت افراد را ایجاد نماید، به عنوان

جمع‌بندی و ملاحظات

دو نوع ناب دولت رفاه ممکن است از هم متمایز شوند، یعنی دولت رفاه حداقل (که در فردگرایی اقتصادی بیان شده است) و دولت رفاه جامع (که در جمع‌گرایی اقتصادی بیان شده است). شکل قبلی تامین کننده در آخرین وهله است که فقط هنگامی اقدام می‌کند که تامین خصوصی از طریق معاملات بازار و دیگر انتقالات خصوصی کافی نباشد. شکل اخیر تامین کننده ردیف اول است که همه جمعیت را در برابر هر احتمال ممکن، از گهواره تا گور حمایت می‌نماید.

هر یک از دو نوع ناب دولت رفاه بر اساس ارزش‌های معین استوار می‌شوند و هر یک بر ارزش‌های جامعه و اوضاع و رفتار اقتصادی، سیاسی و عوامل دیگر تأثیری متمایز دارد. در حالی که ارزش محوری دولت رفاه حداقل، خوداتکایی است، ارزش محوری دولت رفاه فراگیر، حق فرد به عنوان شهروند نسبت به رفاه تامین شده از سوی دولت است. با تأکید بر خود اتکایی، نوع قبلی به تلاش فردی، ابتکار عمل، پذیرش خطر و مسئولیت ترغیب می‌کند. برعکس، نوع اخیر با تأکید بر حقوق رفاهی، تلاش فردی، ابتکار عمل و پذیرش خطر و مسئولیت را تضعیف می‌نماید و به ایجاد فرهنگ وابستگی کمک می‌کند و افراد را به صورت اقتصادی به دولت وابسته می‌سازد.

به‌ویژه درباره دولت رفاه جامع، از آنجا که از همه جمعیت در قبال هر احتمال ممکن، از گهواره تا گور حمایت می‌نماید، در حفظ و گسترش از جانب دریافت کنندگان رفاه و نیز ارائه دهندگان رفاه و دیوان‌سالاران رفاه، مزایای مقرر شده ایجاد می‌کند. چون به نظر می‌رسد دولت در قبال رفاه افراد مسئول است، مردم هنگامی که انتظارات رفاهی آن‌ها تامین نمی‌شوند، آن را مورد ملامت قرار می‌دهند. از آنجا که دولت از طریق وضع مالیات تامین مالی می‌شوند، به صورتی نامطلوب بر میل به پس انداز و بنابراین سرمایه‌گذاری خصوصی و رشد اقتصادی اثر می‌گذارد، نتیجه نهایی، کاهش رفاه نسل‌های فعلی و آینده است. بدین معنا که برای مخارج رفاهی نسبت به گسترش رفاه تامین

۵. به عنوان مثال نگاه کنید به:

Erik Allardt, "the Civic Conception of the Welfare State in Scandinavia", in Richard Rose and Rei Shiratori (eds), op. cit., Chapter 5.

۶. راجع به تفاوت‌های رفاه ایجاد شده از سوی دولت میان کشورهای صنعتی به عنوان مثال نگاه کنید به:

P. R. Kaim – Caudle, Comparative

Social Policy and Social

Security, London, Martin Robertson, 1973, and Margaret S. Gordon, Social Security Policies in Industrial Counties, Cambridge, Cambridge University Press, 1988.

۷. خلاصه‌ای از مزایای تأمین اجتماعی ممکن الحصول در بریتانیای کبیر تا پایان سال ۱۹۸۰ در این اثر وجود دارد

Thomas and Dorothy Wilson (eds), the State and Social Welfare, London, Longman, 1991, Appendix.

این مزایا در سه گروه طبقه‌بندی شده‌اند: ۱. مزایای بیمه ملی ۲. مزایای آزمون شده غیر توانمندی و ۳. مزایای آزمون شده توانمندی.

۸. موضوع حقوق رفاه توسط نورمن باری [در این اثر] مورد بحث قرار گرفته است،

Milton Keynes, Welfare, Open University Press, 1994 (reprinted), pp. 78 – 85.

۹. راجع به منابع عایدی در برابر برنامه‌های تأمین اجتماعی در کشورهای عضو OECD طی سال‌های ۸۰-۱۹۷۹ نگاه کنید به:

Margarets. Gordon, op. Cit, p. 30, Table 2. 3.

10. Cf. Margaret S. Gordon, op.cit., pp. 203 – 5 John Peet, 'Health Care', The Economist, 6 July 1991, Survey, Nicholas Barr, the Economics of the Welfare State, London, Weidenfeld and Nicolson, 1993 (Second edition), pp. 305 – 8.

تأمین کننده رفاه، قلمداد می‌شود. این اجتناب از مسئولیت از سوی افراد، از ترس آن‌ها از مسئولیت ریشه می‌گیرد که به نوبه خود، به معنای ترس از آزادی است.

پی‌نوشت‌های مؤلف

۱. کثرت‌گرایی رفاه از سوی نورمن جانسون [در اثر زیر] مورد بحث قرار گرفت،

The Welfare Transition: the Theory and Practice of Welfare Pluralism, Brighton, Wheatsheaf Books, 1987. اصطلاح ترکیب رفاه The State's Contribution to the Welfare Mix, in Richard Rose and Rei Shiratori (eds), the Welfare State East and West Oxford, Oxford University Press, 1986, Chapter 1.

2. Alessandro Cigno, Economics of the Family, Oxford, Clarendon Press, 1991, pp. 41- 2.

۳. راجع به رفاه به عنوان یکی از اهداف دولت نگاه کنید به :

Charles E. Merriam, Systematic Politics, Chicago, University of Chicago Press, 1946 (Second Impression), pp. 50 – 4, and 297.

راجع به وظایف رفاه کلی دولت نگاه کنید به:

R.M.McIver, the Web of Government, New York, Macmillan, 1947 (Second Printing), pp. 331 – 40.

۴. تمایز میان مدل نیازها و مدل بیمه [اجتماعی] توسط برایان باری ایجاد شد،

'The Continuing Relevance of Socialism', in Robert Skidelsky (ed.), Thatcherism. London, Chatto & Winds, 1988, Chapter 8.

تعداد دیگری از گونه‌شناسی رژیم‌های دولت رفاه توسط کریستوفر پیرسون تلخیص شده است،

Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare, Cambridge, Polity Press, 1991. pp. 184 – 7.

تنوع بخشیدن جهانی را ایجاب می‌نماید.

18. OECD, Future Global Capital Shortages: Threat or Pure Fiction? Paris, OECD, 1996, P.3.

۱۹. انتقاد از دولت رفاه بریتانیایی در این اثر وجود دارد.

Paul Einzig, Decline and Fall? Britain's, Crisis in the Sixties. London, Macmillan, 1969, Chapter 10.

20. Theodore Geiger, Welfare and Efficiency, London, Macmillan, 1979, pp. 12 – 13.

۲۱. راجع به بریتانیا بین سال‌های ۱۹۸۳ نگاه کنید به:

: David Lipsey, 'Do We Really Want More Public Spending? In Roger Jowell et al. Leds), British Social Attitudes: the 11th Report, Dartmouth Publishing Company, 1994, Chapter 1.

همچنین نگاه کنید به نتایج نظر سنجی انجام شده توسط MORI در سال ۱۹۸۸، چنانکه [در این اثر] ارائه شده است.

Ivor Crewe, Values: the Crusade that Failed' Dennis Kavanagh and Anthony Selon (eds), The Thatcher Effect, Oxford, Clarendon Press, 1989, pp. 241 – 3.

۲۲. راجع به ارتباط میان تمرکزگرایی رفاه و رقابت‌پذیری بین‌المللی نگاه کنید به:

Alfred Pfaller, et al. 'the Issue', in Alfred Pfaller, Ian Gough, and Goran Therborn), Can the Welfare State Compete?, Basingstoke, Macmillan, 1991, Chapter 1.

ابهام مفهوم رقابت‌پذیری بین‌المللی توسط هرالد ترابلد تأیید شده است، که آن را به عنوان توانایی ترکیب قابلیت فروش، قابلیت جذب و قابلیت سازگاری با دانش به شیوه‌ای که نتیجه آن بالاترین درآمد واقعی ممکن باشد، تعریف کرده است.

11. Antatole Kaletsky, 'the National Health Service can Survive as it is, Thank you', the Times, 21 September 1995, p. 27.

12. Milton Friedman, Capitalism and Freedom, Chicago, the University of Chicago Press, 1982 (Reissued), pp. 10 – 11.

13. Howard Glennerster, 'Social Policy Since the Second World War', in Nicholas Barr et al., the State of Welfare, Oxford, Clarendon Press, 1990, P. 21, Fig. 2.1.

14. Howard Glennerster, op. cit., p. 22, Table 2. 2, and Edwin Bell, 'Social Policy and Economic Reality', the OECD Observer, no. 183 (August / September 1993), pp. 14 – 15.

15. John Creedy and Richard Disney, 'Can We Afford to Grow Older? ' European Economic Review, vol. 33, nos. 2- 3 (March 1989), pp. 367 – 76.

16. OECD Economic Outlook, no. 57 (June 1995), P. 33.

همچنین نگاه کنید

به :

Barbara Beck, 'The Economics of Ageing', the Economist, 27 January 1996, Survey.

۱۷. به عنوان مثال نگاه کنید به:

Helmut Reisen, 'on the Wealth of Nations and Retirees', in Richard O'Brien (ed.), Finance and The International Economy: 8, Oxford University Press, 1994, Chapter 5.

او استدلال می‌کند که طرح‌های بازنشستگی تأمین مالی شده به صورت خصوصی اکنون باید اجرا شوند زیرا هزینه بازنشستگی‌های ارائه شده به صورت عمومی ناپایدار خواهند شد؛ چون باید عواید بیشینه افزوده شده به دارایی‌های صندوق بازنشستگی را طلب کنند و اینکه نیاز به عواید بالای اضافه شده به دارایی‌های صندوق بازنشستگی نیاز در برابر

First Published, New York: St. Martins Press, Inc. 1998, pp 107-120 and 274-277.

(2). The Welfare State

(3). Gross Domestic Product (تولید ناخالص داخلی)

(4). (OECD) Organization for Economic Co-operation and Development

سازمانی است که با شرکت برخی از کشورهای توسعه یافته صنعتی پس از جنگ جهانی دوم در سال ۱۹۴۸ با عنوان سازمان همکاری اقتصادی اروپا (OECD) برای نظارت بر اجرای طرح مارشال جهت بازسازی اروپا تاسیس شد. سپس برخی از کشورهای غیراروپایی نیز به آن پیوستند. نام سازمان مزبور در سال ۱۹۶۰ به سازمان توسعه و همکاری اقتصادی تغییر یافت. این سازمان بر گرایش‌های اقتصادی کشورها نظارت دارد. سیاست‌های توسعه اقتصادی را تحلیل و پیش‌بینی می‌کند و تغییرات تدریجی در الگوهای تجاری، کشاورزی، فناوری، مالیات و... را مورد بررسی قرار می‌دهد.

(5). Individual Welfare

(6). Personal and Social Contacts

(7). Welfare Pluralism

(8). Welfare Monism

(9). Means tests

(10). from the Cradle to the Grave

(11). Fee- for- Service

(12). Welfare Spending

(13). Pay- as- you- go

(14). Intergenerational

'Die Internationale Wett Bewerbsfalgigkeit einer Volkswirtschaft', DIW Vierteljahrshft, Vol, 64, no. 2 (1995), pp. 169 – 85.

۲۳. راجع به برنامه هزینه برای تحصیلات ابتدایی و دبیرستان و آموزش عالی نگاه کنید به:

Milton and Rose, Friedman, Free to Choose, London, Secker & Warburg, 1980, pp. 158 – 75 and 185 – 7.

24. OECD, Progress in Structural Reform: Supplement to OECD Economic Outlook 47, Paris, 1990, P. 14. Christopher Pierson, op. cit., pp. 174 – 6, Table 5. 3.

25. The Economist, 26 August 1995, pp. 33 – 4.

۲۶. تعدادی از جنبه‌های پیچیده و تناقض‌های دولت رفاه از سوی آنتونی گیدنز مورد بحث قرار گرفته است.

Beyond Left and Right: the Future of Radical Politics, Cambridge ,Politics Press, 1994, pp. 17 – 18, 74 – 7 and 134 – 50.

نظر او این است که «مشکلات جاری دولت رفاه نباید به عنوان بحران مالی مورد توجه قرار گیرند ([این مشکلات] نتیجه نیاز جوامع غربی به رقابت کردن شدید بیش از قبل در بازارهای جهانی نیستند)، اما یکی از پیامدهای مدیریت ریسک می‌باشند.»

پی‌نوشت‌های مترجم

(۱). مطالب مربوط به «دولت رفاه» از منبع زیر ترجمه شده است:

'The Welfare State' in, Modern Economic Systems and Their Transformation, J.L. Porket,

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی



مقاله نویسی علوم انسانی



اصول تنظیم قراردادها



آموزش مهارت های کاربردی در تدوین و چاپ مقاله