**Реферат на тему:**

**«Современное социальное законодательство Швеции»**

2009г.

**Содержание**

Введение

Особенности Шведской модели

Здравоохранение и медицинское страхование

Равноправие полов как государственная задача

Закон о молодежи

Список литературы

**Введение**

Трудовое и социальное законодательство выступает одним из главных достижений развития европейской правовой культуры в XX веке. Возникновение и развитие правовых норм в трудовой и социальных сферах не только позволило западным государствам избежать серьёзных социальных потрясений, но и способствовало существенному повышению уровня жизни и социальной защищённости основной массы населения этих государств. Изучение основных тенденций и закономерностей развития трудового и социального законодательства европейских государств позволяет понять механизмы правового регулирования социально-трудовых отношений современного общества. Данный вопрос особенно актуален сегодня для российского общества, в котором идёт активный поиск оптимальной социально-экономической модели.

**Особенности шведской модели**

При анализе данного феномена нужно иметь в виду ряд обстоятельств.

Во-первых, целостная модель социального государства и "общества благосостояния" в Швеции реализуется гораздо дольше, нежели где бы то ни было: начиная с середины 50-х годов и до сего дня, с небольшими перерывами на периоды, когда правительства, возглавляемые социал-демократами, сменялись правыми. Правда, модель не отвергается и буржуазными партиями.

Во-вторых, основанная на принципах солидарности она выгодно отличается от иных моделей, особенно американской, базирующейся на индивидуалистических принципах при отсутствии сильного социального законодательства и относительно слабой роли профдвижения в общественно-политической жизни страны.

В-третьих, она глубоко документирована, поскольку отражена в законодательстве (около 20 актов) - в отличие, скажем, от Дании и Норвегии, где значительная часть социальных вопросов решается колдоговорным путем.

Безусловно, было бы неверно считать, что "шведскую модель" целенаправленно разрабатывали в соответствии с неким идеальным стандартом. Сложившаяся система - воплощение здравого смысла, осознанного социальными партнерами.

Зависимость шведской экономики от внешних рынков привела к тому, что работодатели были склонны идти на компромисс, чтобы не терять доходов от экспорта и не изменять реноме надежных партнеров; социальный мир оказывался для них материально выгодным. Социал-демократия, традиционно сильно влияющая на рабочее движение страны, также обнаруживала стремление к компромиссу при разрешении конфликтных ситуаций.

Заметим: хотя "общественный" сектор, охватывающий предприятия и учреждения, находящиеся во владении государства и муниципалитетов (коммун), достаточно велик, определяющим является частный.

Десятилетия заняла, к примеру, борьба за отмену §32 Устава Союза предпринимателей, где было зафиксировано право работодателя "свободно нанимать, увольнять работников, руководить ими и распределять трудовые задания". Долгие годы вводилась прогрессивная шкала налогообложения, по которой наибольшие доходы предпринимателей облагались на редкость высокими налогами, достигавшими порой 80% прибыли.

Шведские предпринимательские круги довольно рано осознали, что им выгоднее идти по пути равноправного социального партнерства, чем вступать в классовые бои. Еще в 1938 г. в пригороде Стокгольма - Сальтшебадене, было подписано первое в мире соглашение о полюбовном разрешении спорных социальных вопросов между профсоюзами и работодателями (на него до сих пор встречаются ссылки в дискуссиях по социальным проблемам).

Содержание "сальтшебаденского соглашения" обычно кратко формулируется так: социальная уверенность, солидарность, демократия, равенство, справедливость. В дальнейшем мы рассмотрим, как это конкретно применяется в различных областях жизни.

Все более заметным в последнее время становится отход от принципов "классической" модели, что обусловлено рядом причин. В частности, процесс глобализации значительно обострил конкуренцию на мировом рынке, вынуждая страны в гораздо большей, нежели прежде, степени сокращать расходы, связанные непосредственно с производством товаров и услуг. Соответственно, минимизируются затраты и на социальные цели. О том, чем это может в будущем обернуться, к сожалению, мало кто думает.

Многие социальные проблемы в Швеции стали обнаруживаться после ее вступления в ЕС: возник вопрос о том, не слишком ли высоки ее социальные издержки по сравнению с другими членами Евросоюза, где уровень соцзащиты граждан, а значит, и расходы на нее намного ниже. Угроза "португализации Европы", т.е. выравнивания социальных показателей по нижней, "португальской" черте, все еще реальна.

Имеются и объективные факторы "антисоциального" характера: в частности, старение населения, увеличение срока обучения молодежи в связи с усложнением трудовых процессов.

Занятость

Политика "полной занятости" была провозглашена и стала осуществляться в Швеции в начале 60-х годов (этот термин не понимался буквально - всем было ясно, что в рамках рыночной экономики стопроцентной занятости добиться невозможно). Такая политика лишь означала, что государство, правительство, общество, стремясь к тому, чтобы безработица оставалась в рамках "общественно приемлемого" минимума, позаботились о соответствующих пособиях, которые давали бы безработному возможность существовать, не побуждая его "идти на баррикады".

В резолюции одного из съездов шведские профсоюзы сформулировали свое понимание проблемы так: "Наша точка зрения в отличие от либеральной состоит в том, что люди должны иметь не только равные стартовые возможности, но и более равноправные условия в течение всей жизни, т.е. реальное равноправие. Результатом будет уменьшение бедности и рост среднего класса".

Профсоюзы уже давно привлечены к решению проблем занятости: в их распоряжении находятся кассы страхования от безработицы. Вместе с уплатой профвзносов все работники в обязательном порядке делают взносы и в эти кассы. Из них профсоюзы выплачивают пособия по безработице, размеры которых составляют существенную долю прежних зарплат.

В начале 90-х годов буржуазные партии, чьи представители занимали тогда руководящие позиции в правительстве, попытались отобрать у профсоюзов кассы страхования от безработицы, обвинив их в недостаточно эффективном управлении этими структурами. Истинная же причина их наступления - огромный объем средств, накопившихся в этих кассах - около 500 млрд. шведских крон (приблизительно 100 млрд. долл.). Признав отдельные недостатки в управлении кассами, профсоюзы отстояли сложившийся порядок, кроме того, сегодня они налаживают общенациональную компьютерную сеть учета безработных и вакансий.

Политика "полной занятости" предусматривает создание системы профессиональной подготовки, призванной не только переучивать трудящихся в соответствии с требованиями рынка, но и учитывать его перспективные потребности; введение досрочного пенсионирования; увеличение продолжительности оплачиваемого отпуска; централизованное содействие перетоку рабочей силы в отраслевом и территориальном аспектах и др.

Отличительная особенность активной политики рынка труда в Швеции в том, что она носит (или по крайней мере стремится этого достичь), опережающий характер, т.е. предусматривает заблаговременное создание рабочих мест или мест в системе переподготовки кадров. Наряду с общенациональными программами переобучения все активнее составляются и реализуются муниципальные.

Особо хотелось бы отметить возрастающее значение переподготовки работников в рамках "непрерывного образования", или "образования в течение всей жизни", нацеленного на увеличение производительности труда за счет повышения уровня знаний работников, квалификации, а не интенсификации их труда. В частности, законодательно закреплено предоставление оплачиваемого учебного отпуска (напомним, что шведы были в числе инициаторов принятия соответствующей Конвенции МОТ № 140, 1974 г.).

В последние годы в Швеции снизился интерес к общественным работам как методу борьбы с безработицей, хотя в недавние времена они широко применялись. Но многие виды работ в коммунальном секторе, уход за престарелыми на дому по-прежнему осуществляются в их рамках.

Наконец, важное значение для расширения занятости имеет "солидарная политика в области рабочего времени", включающая сокращение рабочей недели с нынешних 35 до 30 ч (средняя фактическая продолжительность рабочей недели в Швеции - 37 ч); сравнимость рабочего времени различных категорий трудящихся при определении их заработков; приоритетное сокращение рабочего времени для тех категорий трудящихся, которым оно в первую очередь необходимо в силу характера их труда или семейного положения; максимальная свобода в формировании трудового графика в течение рабочего дня и недели; возможность накопления проработанного времени при уходе в отпуск, который должен предоставляться в срок, удобный для работника; право взять краткосрочный отгул без указания причин и т.п.

Отметим, однако, что нерешенным остается вопрос об обеспечении адекватной социальной защиты трудящихся, занятых неполный рабочий день или неполную неделю, а также охваченных "нетипичными" формами занятости или работающих по краткосрочным трудовым контрактам.

Резкий рост безработицы в начале 90-х годов (по данным на конец 1993 г., она составляла в Швеции 7,3% экономически активного населения, но к 1999 г. снизилась до 5,5%) не привел к каким-либо кардинальным изменениям в осуществлении активной политики занятости.

Оплата труда

В области заработной платы в Швеции сложилась своеобразная система, получившая наименование "солидарной политики зарплат". Она основана на ряде принципов, из которых наиболее важными являются: справедливое распределение доходов пропорционально тяжести труда и его результативности; равное вознаграждение за равный труд для мужчин и женщин, различных возрастных категорий работников, трудящихся предприятий одной отрасли, но разных форм собственности (работник не должен страдать из-за низкой рентабельности своего предприятия); уменьшение вилки зарплат по отраслям экономики между рабочими и служащими. Базовая же цель - общее повышение жизненного уровня в стране.

Определенные результаты в этом, несомненно, достигнуты. Так, дифференциация средней оплаты труда в отраслях обрабатывающей промышленности по сравнению с Германией здесь меньше в два раза и в три раза - по сравнению с США. Зарплата работающих шведок составляет в среднем почти 90% фактического заработка мужчин (хотя в стране формально провозглашен принцип равной оплаты за равный труд, практически его не всегда придерживаются).

Система организации зарплаты довольно сложная. Она включает: оплату проработанного времени, в том числе нерабочих дней и периода отпуска (иные формы оплаты, кроме повременной, применяются довольно редко, скорее как исключение), премиальные; оплату сверхурочных; нередко частичное покрытие расходов на питание на производстве, напитки, полагающиеся по условиям труда; дотации на жилье; оплату проезда на городском транспорте или бензина для собственной машины работника.

Высокий по международным меркам уровень фактической зарплаты в Швеции и ее постепенное повышение во многом объясняются эффективной практикой коллективных переговоров, сложившейся еще в 50 - 60-х годах. Она позволяет не только вырабатывать общую стратегию повышения жизненного уровня, но и обеспечивать последовательность решения социальных проблем отдельных слоев трудящихся и населения в целом.

Эта система зиждется на том, что основные социальные параметры, и прежде всего размер основной зарплаты, определяются в ходе переговоров между профцентрами\* и организациями работодателей - как частного, так и общественного секторов, причем отдельно государственных и муниципальных властей. На базе достигнутых договоренностей устанавливаются конкретные уровни заработков по отраслям (тарифные соглашения) и по отдельным предприятиям, учреждениям.

Неотъемлемая часть системы урегулирования трудовых отношений - специальные трудовые суды, государственные органы посредничества, арбитража и т.п.

Тем не менее в последние годы возник ряд проблем, представляющих угрозу для всей этой отлаженной системы. Из-за усилившегося влияния транснациональных компаний профсоюзы вынуждены вести с ними отдельные переговоры, вне рамок централизованных, общенациональных, причем результаты, достигнутые на высшем национальном уровне, не всегда удается "закрепить" на предприятиях, входящих в ТНК.

И если раньше, до вступления Швеции в ЕС, профсоюзам в основном удавалось противостоять попыткам ТНК вводить на своих предприятиях в этой стране среднеевропейские социальные стандарты (например, несколько лет назад, после обращения профсоюзов в МОТ, был принят закон, обязывающий зарубежных работодателей руководствоваться шведским социальным законодательством на предприятиях, расположенных в Швеции), то теперь предпочтение все чаще отдается социальным директивам ЕС. А они не обеспечивают защиту шведов от "социального демпинга".

В Швеции с опаской смотрят на Шенгенское соглашение о безвизовом режиме для въезда в страны, его подписавшие. С одной стороны, понятно, что уклоняться от присоединения к ним долго не удастся; с другой - тревожит возможность бесконтрольной иммиграции, в том числе из стран Восточной Европы и СНГ, которая может порушить "солидарную политику зарплат".

Угроза сложившейся системе коллективных переговоров видится и в осуществлении положений Директивы ЕС 1994 г. "О европейском предприятии". Согласно этому документу производственные советы должны быть созданы на всех фирмах, имеющих не менее чем в двух европейских странах предприятия, численность персонала которых превышает 1 тыс. А это, по мнению профсоюзов, в перспективе чревато тем, что в частном секторе экономики коллективные переговоры все больше будут приобретать "европейскую окраску" и прежняя стройная колдоговорная система попросту отомрет. Это означало бы конец "солидарной политике зарплат", поскольку централизованные переговоры по ним станут возможными только в общественном секторе. Пока что производственные советы на европредприятиях играют консультативную роль, но вряд ли кто-либо поручится, что они не станут субъектом переговоров.

Еще в 60-х годах в Швеции, как уже отмечалось, начали использовать новые формы организации труда, прежде всего групповую форму ("teamwork"). Тогда же был опробован и соответствующий вид оплаты труда - выделение на группу общей суммы зарплаты за произведенную работу с предоставлением ее членам права самим определять конкретный трудовой вклад каждого и его денежное выражение. Такой порядок под названием "гибкая система заработной платы" применяется в стране очень широко.

Участие трудящихся в управлении производством

Такая практика основана на западногерманском опыте. Вместе с тем, хотя об этом редко упоминается, профсоюзы внимательно изучали и тогдашнее советское законодательство - о постоянно действующих производственных совещаниях, правах месткомов и др. Сегодня шведское законодательство по данной проблеме считается одним из самых передовых в мире.

В нем зафиксирован довольно широкий круг вопросов, которые не могут быть решены без предварительного обсуждения с профсоюзами и их представителями. Закреплены права таких лиц, определен объем оплачиваемого работодателем рабочего времени, которое они могут тратить на профработу, гарантии от увольнения выборных профработников, их возможности в контроле за охраной труда.

В Швеции нет столь подробно разработанного законодательства о представительстве трудящихся в советах и других руководящих органах фирм или о "рабочих директорах", как в Германии, но нечто подобное вводится на предприятиях в соответствии с колдоговорами.

Что касается участия трудящихся в прибылях предприятий, то оно чаще всего выражается в форме выплаты бонусов по итогам года. Такой подход не подрывает принципов "солидарной политики зарплат", но в то же время способствует повышению заинтересованности работников в улучшении результатов своего труда. Вместе с тем в Швеции существует закон (1976 г.), который регулирует ряд вопросов участия в руководстве фирм.

Следует сказать, что работодатели вносят наиболее существенную часть средств в социальные фонды (почти 39% фонда оплаты труда).

Проблема снижения взносов работодателей часто обсуждалась в последнее время в контексте необходимости повысить конкурентоспособность продукции шведской промышленности на мировом и европейском рынках. Предпринимательские организации доказывают, что чрезмерно высокие социальные взносы снижают экономические показатели страны. Профсоюзы, естественно, возражают против любой попытки переложить тяжесть взносов на трудящихся, ссылаясь, в частности, на то, что каждый швед и так содержит, кроме себя, еще 0,55 человека в возрасте до 14 и после 65 лет.

Однако и в тех сферах, которые связаны с социальным обеспечением, постепенно усиливается тенденция к отказу от прежних высоких норм. В частности, снижены стандарты в области оплаты больничных листков; очевидно, что в результате реформы пенсионного обеспечения снизится уровень защищенности пенсионеров. Хотя в целом ситуацию в области социальной защиты продолжают определять принципы солидарности и социальной справедливости.

**Здравоохранение и медицинское страхование**

Шведское социальное государство в 90-е гг. представляло собой далеко не идиллическую картину, поэтому этот период можно охарактеризовать как время сокращения социального государства и пересмотра его основных принципов. В конце 90-х годов ситуация значительно улучшилась, что дало повод некоторым исследователям сделать вывод о том, что можно говорить не о сокращении социального государства, а, скорее, о его модернизации и приспособлении к новым экономическим условиям [1]. Важным компонентом шведского социального государства является система здравоохранения и медицинского страхования. Изменения в социальной политике страны не обошли ее стороной, что выразилось в попытках реформирования. В общей сложности в 90-е годы в Швеции было проведено 5 реформ здравоохранения, основная цель которых — повышение его эффективности и качества медицинских услуг. В настоящее время шведская система здравоохранения представляет собой успешный пример бюджетной модели, построенной на принципе децентрализации. Амбулаторная медицинская помощь Организацией амбулаторной медицинской помощи в Швеции занимаются окружные советы (ландстинги) и муниципалитеты, представляющие собой контролируемые центральным правительством регионы с числом жителей от 60,000 до 1,7 млн человек. Каждый регион в соответствии со своим размером и числом проживающих в нем жителей располагает одним или несколькими центрами здравоохранения, в которых работают как врачи общего профиля, так и врачи-специалисты. В системе первичной медицинской помощи функционируют программы всеобщего медицинского обследования, профилактических обследований, а также консультационные отделения по уходу за детьми. В общих чертах шведская система первичной медицинской помощи, представленная центрами здравоохранения, схожа с российской системой поликлинической помощи, построенной на принципе совместной работы врачей разных профилей. Наряду с учреждениями первичной медицинской помощи в каждом регионе существует сеть домов престарелых, финансовое обеспечение которых, в соответствии с коммунальной реформой 1992 г., возложено на местные органы власти — муниципалитеты. В 1993 г. в Швеции была введена система врачей общей практики (семейных врачей). Благодаря этому пациенты получили отсутствовавшее до этого право свободного выбора врача — либо частного врача общей практики, либо штатного в центре здравоохранения. До этого момента пациент, как правило, направлялся к дежурному врачу центра здравоохранения. Оплату услуг врача общей практики предусматривалось производить из двух источников. Во-первых, из средств местных бюджетов, средства которых должны были покрывать от 68 до 86% расходов врача. Сумма средств, перечисляемых на счет врача, была установлена в твердом размере, однако ее величина все же находилась в зависимости от возраста пациента. Во-вторых, из личных средств пациента, который должен был доплачивать до полной стоимости лечения при каждом посещении врача. Введение системы врачей общей практики в Швеции преследовало цель повышения эффективности обслуживания пациентов и снижения издержек на оказываемую медицинскую помощь. Это достигалось за счет свободного выбора пациентом не только врача общей практики, но и врача-специалиста. Кроме того, это означало также улучшение качества обслуживания (большая ориентация на пациента) и снижение издержек, связанное с повышением конкуренции среди врачей за пациента. Организация амбулаторной стоматологической помощи в Швеции находится в компетенции местных органов власти. Наряду с государственными в стране существует большой сектор (около 50%) частных врачей-стоматологов. При оказании зубоврачебной помощи в стране действует довольно высокий уровень участия пациентов в оплате издержек. Как и в ряде других стран ЕС, в Швеции существует определенный предел оплаты стоматологической помощи. Однако в случае повышенных медицинских издержек предусмотрено снижение доли участия пациента в их оплате. Как правило, максимальный предел оплаты пациентом стоматологической помощи составляет 60%, тогда как минимальный (в случае повышенной стоимости медицинской помощи) — 25%. Разница между долей издержек, оплаченных пациентом, и полной стоимостью лечения покрывается за счет средств медицинского страхования. В рамках профилактической помощи размер доплаты за стоматологические услуги не превышает 25%. Стоматологическая помощь детям до 18 лет предоставляется бесплатно. Важным моментом организации амбулаторной стоматологической помощи в Швеции является наличие жесткой тарифной системы, в рамках которой работают шведские стоматологи. Стационарная медицинская помощь Организация стационарного медицинского обслуживания населения в Швеции находится в компетенции окружных советов, а также независимых муниципалитетов Гетеборг, Мальмо и Готланд. Для координации управления и организации здравоохранения окружные советы и муниципалитеты объединены в рамках земельного союза, представляющего собой орган, который наряду с центральным правительством отвечает за осуществление финансовых и организационных задач здравоохранения в стране. Сектор стационарной медицинской помощи организационно представлен двумя уровнями: провинциальным (26 провинций) и региональным (6 регионов). На провинциальном уровне финансирование стационарных учреждений здравоохранения и организация необходимой медицинской помощи находятся в ведении соответствующего провинциального правительства. Стационарное медицинское обслуживание осуществляется в Швеции многочисленными региональными и районными больницами, располагающими минимум четырьмя отделениями (терапии, хирургии, радиологии и анестезии). Следует отметить, что число отделений в том или ином лечебном заведении существенно различается в зависимости от региона, Так, в отдельных региональных больницах их количество составляет 15-20, что характерно, прежде всего, для таких регионов, как Стокгольм, Гетеборг, Умеа и др. с большим числом (1-1,5 млн) проживающих в них жителей. Интересным моментом шведской системы стационарной медицинской помощи является то, что все региональные больницы сотрудничают с медицинским факультетом одного из университетов, выполняя задачи научного и учебного характера. Согласно статистическим данным ОЭСР, начиная с начала 1970-х гг. в Швеции наблюдается тенденция постепенного сокращения мест в учреждениях стационарной медицинской помощи: с 1975 по 1991 г. их число уменьшилось с 126825 до 102152, а в период с 1991 по 1992 г., после передачи сектора медицинского обслуживания и ухода за престарелыми в компетенцию провинциальных и региональных больниц, сократилось до 66045. Это было связано с изменением приоритетов в шведской политике здравоохранения, которые были обусловлены не столько снижением издержек системы здравоохранения, сколько политикой расширения сектора амбулаторной медицинской помощи через врачей общей практики. Изменение приоритетов в политике здравоохранения страны, связанное с развитием сектора амбулаторного обслуживания и улучшением помощи престарелым за счет сокращения финансирования больничных мест, можно отчетливо проследить на примере изменения расходов сектора стационарного и амбулаторного обслуживания. Так, расходы на стационарное лечение в общих расходах на здравоохранение в Швеции с 1985 по 1991 г. уменьшились с 43,2 до 40%, расходы на амбулаторную помощь выросли с 11,2 до 11,9%, на содержание учреждений по уходу за престарелыми также увеличились — с 15,1 (1985) до 17,5%(1991). Однако, несмотря на уменьшение числа больничных мест, количество обратившихся за стационарной медицинской помощью пациентов возросло на 13,6%, что было достигнуто в первую очередь за счет сокращения длительности пребывания в больнице — это является доказательством возросшей эффективности работы стационарных учреждений. Финансирование расходов учреждений стационарной медицинской помощи в Швеции осуществляется из средств региональных бюджетов и взносов на социальное страхование, также соплатежей населения за медицинские услуги. Объем последних составлял в середине 90-х годов около 3% общих расходов на здравоохранение. С начала 80-х годов в Швеции испытывались различные модели финансирования лечебных учреждений с целью достижения большей эффективности и экономии средств. С этой целью в некоторых регионах страны в местных бюджетах выделялись отдельные статьи на финансирование больниц. Кроме того, больницам была предоставлена возможность оставлять часть неиспользованных в течение года средств и направлять их на финансирование собственных проектов, таких как образование и повышение квалификации персонала. Успешным примером организации финансирования лечебных учреждений является "стокгольмская модель", существующая в одноименном округе с 1992 г. В ее рамках для оказания услуг неотложной медицинской помощи был образован внутренний, региональный рынок медицинских услуг с твердо установленными ценами. Между соответствующим региональным учреждением по управлению здравоохранением и больницами заключался годовой договор, в котором определялись объем, цены и качество медицинских услуг. Кроме того, согласно этой модели региональные власти могли в случае необходимости приобретать медицинские услуги вне пределов своего региона, а больницы — оказывать их вне пределов округа Стокгольм. Наконец, модель предусматривала свободный выбор пациентом лечебного учреждения, что, несомненно, повышало эффективность действующей системы бюджетного здравоохранения. Острой проблемой шведской системы здравоохранения является существование в ней очередей (списков ожидания) на получение определенных медицинских услуг и хирургические операции. Для решения этой характерной практически для всех систем бюджетного здравоохранения проблемы еще в начале 90-х годов между шведским правительством и местными органами власти было заключено соглашение, согласно которому максимальный срок ожидания лечения (операции) не мог превышать трех месяцев. Данное соглашение распространялось на такие операции, как коронарное шунтирование, замена тазобедренного и коленного суставов, удаление катаракты и др. В случае, если операция не была произведена в течение трех месяцев по месту жительства, пациент имел право выбора лечения в любой государственной или частной клинике. Для финансового обеспечения этого соглашения, а также повышения эффективности действующей системы здравоохранения в середине 90-х годов шведским правительством было ассигновано 500 млн крон, что привело к снижению времени ожидания операций и общему улучшению ситуации в сфере здравоохранения. Важная проблема здравоохранения Швеции последних десятилетий была связана со значительным сокращением мест в учреждениях стационарной медицинской помощи и одновременным увеличением числа пациентов пенсионного возраста, что привело к недостаточному медицинскому обеспечению пенсионеров. Характерная для большинства стран Европейского союза, особенно отчетливо тенденция старения населения проявляется в Швеции. Если в 1991 г. число лиц старше 75 лет в структуре населения было 8,1%, то в 2025 г. ожидаемый прирост в этой возрастной группе достигнет 10%. В 90-е годы прошлого века спрос на медицинские услуги лиц возрастной группы 75 лет и старше составлял в Швеции 35 больничных дней, тогда как для лиц в возрасте от 15 до 44 лет — один день. Прирост количества лиц пожилого возраста, как уже было замечено, происходил на фоне сокращения количества мест в медицинских учреждениях: в период с 1973 по 1995 г. число 75-летних и старше увеличилось на 58%, тогда как количество мест уменьшилось на 47%. Медицинское страхование Система социального страхования в Швеции представляет собой один из вариантов универсальных систем социальной защиты, которая охватывает всех длительно проживающих в стране лиц (в том числе иностранцев). По данным государственного института социального страхования Швеции, количество охваченных социальным страхованием лиц в стране в середине 90-х годов составляло 6982 млн человек . Система медицинского страхования Швеции осуществляет финансирование транспортных издержек. Наряду с этим система медицинского страхования предусматривает выплату пособия по болезни, пособия по реабилитации и доплаты на приобретение вспомогательных средств. Система медицинского страхования в Швеции включает в себя следующие компоненты: страхование по болезни, стоматологическое страхование и пособие родителям по болезни. Характерной особенностью шведской системы здравоохранения является то, что в отличие от других систем медицинского обеспечения, имеющих централизованный характер и организованных как большие национальные системы (например, как английская система медицинского обеспечения), система медицинского обеспечения в Швеции носит децентрализованный характер и возложена на 23 окружных совета — ландстинга (landsting), а также на органы более мелких территориальных образований — муниципалитеты (kommuner) в количестве 289 единиц. Все эти органы отвечают за то, чтобы каждый житель соответствующей области имел свободный доступ к медицинскому обслуживанию. Каждый окружной совет является независимым региональным органом, члены которого избираются на местных выборах, и который имеет право взимания подоходного налога с жителей в пределах границ области. Окружные советы, руководимые членами законодательных собраний, избираемых на общенародных выборах, облагают жителей области подоходным налогом. Более 80% от этого налога выделяется на финансирование здравоохранения. Муниципалитеты являются владельцами и координаторами деятельности клиник и медицинских центров, выступая в роли работодателей для большинства медицинских работников. Врачи, имеющие частную практику, также в основном оплачиваются областными советами. Таким образом, основными субъектами проведения социальной политики государства с довольно широкими полномочиями в области медицинского обеспечения являются местные органы власти. Функция государства в этой области — осуществление контроля за рациональным и целесообразным использованием ресурсов и проверка соответствия действующей системы общественно-политическим целям в области здравоохранения, которые устанавливаются на государственном уровне. Реализацией этих задач занимается министерство здравоохранения и социальных дел, в круг обязанностей которого также входит разработка программ в области здравоохранения и медицинского страхования. Все окружные советы, как правило, взимают плату с лиц, прибегающих к медицинской помощи, в качестве частичной финансовой компенсации за свои услуги. Эта плата, разная в разных областях, не покрывается медицинской страховкой: ее берет на себя сам пациент, что (в страховых терминах) является видом излишка. Она колеблется для застрахованных лиц между 11 и 16 евро за один визит к врачу. Однако установлен предел, ограничивающий сумму, взимаемую за визиты с одного пациента. Он равен около 100 евро за период в 12 месяцев. Посещение частных врачей оплачивается иначе: как правило, пациент выплачивает лишь часть гонорара врачу за каждое посещение (от 17 до 28 евро), остальная часть выплачивается из национальной системы медицинского страхования. Гонорары, выплачиваемые пациентами врачам, включают в себя не только посещение врача (независимо от того, является ли врач государственным или частным), но и выписку рецепта и больничного листа для получения пособия по болезни, исследования, на которые направляется пациент, лечение с использованием медицинской техники, а также направление к специалисту, но без оплаты первого посещения. Иная схема предоставления медицинских услуг действует в отношении стационарного лечения. В этом случае расходы на лечение в больнице оплачиваются местной кассой социального страхования и могут варьироваться от 50 до 2000 крон (примерно от 5 до 220 евро) в день. Максимальный оплачиваемый срок лечения в больнице ограничивается двумя годами. Помимо медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам, в рамках системы медицинского страхования предусматривается также ряд компенсаций, к числу которых, в частности, относится компенсация дорожных расходов для поездки в медицинское учреждение (дешевый тариф), компенсация расходов на покупку лекарств (свыше определенной суммы), а для хронических больных и болезней, угрожающих жизни, такая компенсация предоставляется для полного покрытия всех издержек. Плата, установленная на случай госпитализации, не должна превышать 9 евро в день. Пенсионеры платят за больничное содержание столько же, сколько и все остальные с той разницей, что соответствующая сумма удерживается из их пенсий. В том случае, если лицо, обратившееся к врачу, не является жителем области, окружной совет взимает с него полную стоимость услуг. Однако часто эти траты берет на себя другой окружной совет или страховой фонд соответствующего иностранного государства. Финансирование шведской системы медицинского обеспечения, таким образом, производится большей частью из подоходных налогов, взимаемых на уровне округов (72%), государственных трансфертов (13%), в незначительном объеме — взносов охваченных медицинским страхованием лиц (3,4%), а также из общего фонда медицинского страхования в размере 1,7%. Медицинское страхование включает также стоматологическое обслуживание и профилактику. Компенсация услуг зубного врача является частью всеобщей национальной системы медицинского страхования и распространяется на всех жителей Швеции в возрасте 20 лет и старше. Молодые люди, еще не достигшие 20 лет, и дети обладают правом на бесплатное лечение. Согласно установленным правилам в рамках системы медицинского страхования лица, обращающиеся к зубному врачу, берут на себя оплату лечения в размере первых 100 евро; 50% того, что превышает эту сумму в пределах от 101 до 191 евро, обычно покрывается медицинской страховкой. Если расходы в ходе лечения конкретного больного выходят за пределы 191 евро, но не превышают 271, то страховкой покрывается 70%. Наконец, 90-процентное покрытие расходов производится в случае превышения суммы 484 евро. Деньги за работу в этом случае выплачиваются из фондов национального страхования непосредственно лечащему зубному врачу, либо, если зубной врач находится на службе у окружного совета, — соответствующему окружному совету. В общем, следует заметить, что стоматологическая помощь обходится пациенту достаточно дорого. В большинстве случаев он оплачивает из своего кармана около 60% расходов, если они не превышают определенной суммы, и 25% сверх этой суммы, если расходы на курс лечения оказываются выше. Остальная часть выплачивается местной кассой социального страхования. С 1985 г. в схему компенсации в системе медицинского страхования были внесены изменения, суть которых состоит в том, что теперь государство производит компенсации расходов округов исходя не из количества посещения врачей, а в пропорции к числу жителей округа. Эта компенсация стала покрывать расходы не только на медицинскую помощь, как это было раньше, но и на различного рода профилактические программы. Участие в системе медицинского страхования дает также право на получение пособия по болезни — компенсации, выплачиваемой за потерю дохода вследствие болезни или травмы. Дня получения полного пособия (размер которого определяется суммой дохода) необходимо извещение местной кассы социального страхования. Как правило, полное пособие составляет 90% от заработной платы и так же, как и другие формы доходов (в том числе и социального характера), облагается налогом. Интересным моментом можно считать то, что в отличие от системы пенсионного страхования, универсальность которой дает право на получение пенсии всеми жителями страны независимо от уровня их доходов, для выплаты пособия по болезни законом предусмотрен предел в доходах, превышение которого свыше 7,5 базовой суммы не дает права на получение пособия (разумеется, данное положение шведского социального законодательства можно рассматривать как нарушение принципа универсальности социального страхования, характерного для шведской системы). Помимо общих пособий по болезни система медицинского страхования предусматривает также пособие родителям по нетрудоспособности в связи с болезнью детей, которое выплачивается в случае, если при болезни ребенка до 12 лет в семье с несколькими детьми мать находится в ожидании еще одного ребенка, а отец остается дома. В этом случае пособие по болезни выплачивается отцу, осуществляющему уход за ребенком. Срок выплаты пособия ограничен не нормами социального законодательства, а длительностью болезни ребенка. Каждый из родителей имеет право на пособие по болезни ребенка в возрасте до 12 лет сроком до 60 дней в году, а от 12 до 16 лет — по заключению врача. Предусматривается вариант неполной занятости на рабочем месте (с 8 до 6 часов в день) с соответствующим снижением заработной платы. В среднем этой услугой в рамках системы медстрахования пользуются как отцы, так и матери от 6 до 7 дней в году. В заключение следует отметить, что наряду с системой государственного медицинского страхования в Швеции существует небольшой сектор добровольного (частного) медицинского страхования, доля которого в общей структуре расходов здравоохранения не превышает 2,5%. Столь малая доля частного медицинсюго страхования (по сравнению с другими странами ЕС) объясняется, прежде всего, трудностями снижения издержек для частных страховых компаний, которые вызваны высоким уровнем налогообложения в э той области.

Равноправие полов как государственная задача.

Швеция – одна из немногих стран, максимально приблизившихся к окончательному решению гендерного вопроса. В этой стране мужской и женский пол равномерно представлен в любой сфере науки, искусства, промышленности. Даже в политике мужчины и женщины чувствуют себя равноправно. В этом смысле примечательно, что именно в Швеции самый высокий уровень женской занятости (79%): сочетать работу с семейными обязанностями шведкам позволяет прогрессивная система социального страхования. Главное положение шведской гендерной политики – формирование современного общества, в котором и мужчины и женщины имеют одинаковые (равные) права, возможности и обязанности. Для реализации этой, казалось бы, идеальной цели в стране создан ряд специальных структур, решающих вопросы равноправия полов на государственном уровне. Министр по вопросам интеграции и равноправия полов В обязанности чиновника входит контроль всей работы правительства Швеции в области гендерной политики. Каждый министр несет ответственность за соблюдение принципов равноправия в подведомственной области. Отдел по вопросам равноправия полов Подчиняется непосредственно министру по вопросам интеграции и равноправия. Основные полномочия отдела – координирование гендерной политики правительства, разработка теоретической базы, организация разнообразных мероприятий и проектов. Специальный эксперт по вопросам равноправия полов Осуществляет территориальный контроль за ходом и реализацией государственной гендерной программы. Работает в штате всех губернских правлений Швеции. Комитет по вопросам равноправия полов Фискальный орган, осуществляющий контроль за соблюдением принципов равноправия шведскими предприятиями и организациями и имеющий право штрафовать работодателей, не выполняющих предписания правительства. Парламентский Уполномоченный (Омбудсмен) по вопросам равноправия полов Особый надзорный орган, контролирующий соблюдение шведского законодательства о равноправии полов. Омбудсмен по вопросам равноправия полов Институт Омбудсмена по вопросам равноправия полов появился в Швеции в 1980 году. В обязанности уполномоченного входит контроль за соблюдением принципов равноправия полов в шведских школах, ВУЗах, сфере услуг. Кроме этого, к полномочиям Омбудсмена относится контроль трудовой политики и системы социального страхования. В ряде случаев к Омбудсмену шведы обращаются для компетентного решения вопросов, связанных с декретными отпусками. Фактически, Омбудсмен следит за соблюдением и выполнением пяти шведских законов:

Закон о равноправии мужчин и женщин (регулирует принципы равноправия полов в сфере трудовых отношений)

Закон о равном отношении к студентам ВУЗов (регулирует принципы равноправия в сфере высшего образования)

Закон о запрете дискриминации и другого оскорбительного обращения с детьми и учащимися (регулирует принципы равноправия полов в сфере начального, среднего и средне-специального образования)

Закон о запрете дискриминации (при запрете дискриминации по половому признаку)

Закон об отпуске по уходу за ребенком

Mainstreaming Термин «Mainstreaming» появился в 1995 году на конференции ООН в Пекине и используется не только в Швеции, но и других странах, стремящихся к соблюдению принципов равноправия мужчин и женщин. Главное значение понятия - необходимость ведения работы по достижению принципов равноправия полов во всех сферах деятельности человека. Статистика Швеция – ведущая страна в вопросах ведения корректной гендерной статистики. Формирование всех шведских статистические данных осуществляется раздельно для каждого пола. Под принципом количественного равноправия подразумевается одинаковое представительство мужчин и женщин во всех сферах жизни. Равноправие полов во всех сферах общества

Равноправие означает равные возможности, равные права и равные обязанности и для женщин, и для мужчин.

Экономика и власть По данным 2005 года 25% директоров частных акционерных обществ - женщины. Данная цифра на 7% ниже показателей 2004 года. Примерно такая же статистика и для компаний, зарегистрированных на бирже (31% и 3% соответственно). В выборных органах власти показатели заметно выше. Так, согласно данным 2007 года, 47% парламента Швеции составляют женщины, а в правительстве страны на 22 министерских мандата приходится 10 «женских». На областном и муниципальном уровнях женщины занимают 41% от общего количества выборных должностей. Образование В последние годы в сфере образования наметилось определенное выравнивание в гендерном отношении. Так, шведские школьницы за два последних десятилетия «подтянулись» по успеваемости по математическим наукам и естественнонаучным дисциплинам. Согласно статистике, средние школьные оценки девочек выше, чем у мальчиков. Во многом по этой причине, девочки заканчивают гимназии с гораздо большим успехом. Аналогичная ситуация и в ВУЗах: на общее количество студентов приходится 60% девушек, которым вручается около 2/3 всех дипломов о высшем образовании. Преобладание учащихся женского пола наблюдается и в сфере муниципального образования для взрослых. Половина молодых научных специалистов, претендующих на соискание ученой степени доктора наук, - женщины. Среди докторов наук женщин 44%.

Трудовые отношения.

Реализация принципов соблюдения равноправия полов в сфере трудовых отношений осуществляется в соответствии с действующим законодательством, в рамках которого принято выделять два направления. Во-первых, закон обязывает шведских работодателей принимать активные меры для достижения полового равноправия. Во-вторых, согласно закону, во всех трудовых коллективах запрещены все виды дискриминации по половому признаку. Если в работе предприятия зафиксированы нарушения Закона о равноправии мужчин и женщин, то руководство организации обязано инициировать расследование случившегося. Кроме этого, работодатель не имеет права отказывать в приеме на работу женщинам по причине возможного ухода в декретный отпуск. Стоит отметить, что в Швеции сохраняется разница между среднемесячными доходами мужчин и женщин, но существенный перевес в мужскую сторону в большинстве случаев объясняется выбором специальности и сферы деятельности. Кроме перечисленных причин на размер заработной платы влияют возраст и стаж работы. Однако, в ряде случаев проследить взаимосвязь условностей и размера заработной платы представляется невозможным. Во многом по этой причине в качестве единственного объяснения разницы между доходами мужчины и женщины часто называется пол работника. В этом плане принято говорить о так называемой необоснованной разнице в оплате труда. Согласно статистическим наблюдениям, при равных условиях труда шведская женщина зарабатывает 92% от средней месячной заработной платы мужчины. Наиболее очевидна разница между зарплатами в частном секторе экономики. 69% пап в Швеции используют отпуск по уходу за новорожденным ребенком. Для ЕС эти цифры составляют в среднем 33%.

Семейные отношения.

Анализ материального положения шведских семей, проводимый с 1994 по 2003 годы) показал, что наличие на «балансе» семьи детей и уход за ними ложится в основном на плечи мамы. В этом смысле, материальные расходы мамы значительно больше отцовских вложений. Как показывают расчеты, это происходит главным образом из-за работы женщины на условиях неполного рабочего дня или времени. Страхование родителей и Закон об отпуске по уходу за ребенком В связи с рождением малыша шведские родители имеют право на оплачиваемый отпуск, длительность которого в общей сложности составляет 480 дней. Максимальный размер оплаты отпуска по уходу за ребенком составляет 874 шведских крон в день. Доходы, полученные родителями за время данного отпуска, облагаются налогами и учитываются при выходе на пенсию. 390 из 480 дней оплачиваются аналогично отпуску по временной нетрудоспособности (80% от совокупного годового дохода), а остальные 90 дней оплачиваются по минимальным тарифам (180 крон в день). Примечательно, что первые 60 дней отпуска по уходу за малышом закреплены за каждым родителем персонально (мама не имеет права отказаться от отпуска в пользу папы и наоборот). Кроме этого, по шведскому законодательству в связи с рождением ребенка папа имеет дополнительную льготу в виде десяти оплачиваемых дней. Рождение двойняшек увеличивает срок дополнительного отпуска еще на десять дней. При усыновлении ребенка оплачиваемый отпуск предоставляется на полтора года с момента факта усыновления.

**Сфера здравоохранения**

В предоставлении медицинской помощи мужчинам и женщинам присутствует определенная разница, которая чувствуется даже при сравнении пациентов одного возраста. В частности, шведским мужчинам более доступны операции по аортокоронарному шунтированию и по удалению катаракты. Наблюдаются расхождения и по возрастным группам. Так, медицинская помощь чаще всего оказывается молодым людям, нежели пожилым пациентам. Данная диспропорция находит более заметное выражение среди пациентов женского пола. Кроме этого, как отмечают специалисты, мужчины чаще всего употребляют при лечении новейшие и дорогие лекарственные средства и технологии. Особенно последнее утверждение касается средней возрастной группы. Насилие против женщин.

В 2006 году полиция Швеции приняла от женщин 25.500 заявлений о случаях насилия. Отмечается, что информацию о значительной части преступлений женщины предпочли не сообщать органам правопорядка. Как считают специалисты Совета по предотвращению преступности, шведской полиции известно только о 20-25% от всех случаев насилия. Так, согласно результатам социологического исследования «Побитая Дама», 46% шведских женщин в той или иной форме насилию подвергались. Кроме этого, порядка 16 женщин ежегодно погибают от рук любимого мужчины. Для помощи женщинам, подвергшимся насилию в Швеции создана специальная структура («Дежурная служба помощи женщинам»), отделения которой (160 филиалов) на добровольной основе работают по всей стране. На общегосударственном уровне территориальные отделения входят либо объединений ROKS (Всешведская организация Дежурных служб помощи женщинам), либо в SKR (Союз Дежурных служб помощи женщинам в Швеции). SKR был организован в ходе реструктуризации ROKS и, главным образом, занимается случаями, где затронуты интересы детей. Моральное законодательство Швеции

1. Закон об искусственном прерывании беременности Искусственное прерывание беременности в Швеции разрешено с 1975 года. Решение об аборте шведская женщина имеет право принять самостоятельно до наступления 19-й недели беременности. При поздних сроках (от 19-й до 22-й недели) решение о прерывании беременности принимает Управление здравоохранения и социального обеспечения и только при наличии соответствующих показаний. Ежегодно в Швеции делают порядка 35.000 абортов. 2. Закон о запрете на покупку сексуальных услуг Услугами проституток шведам запретили пользоваться с января 1999 года. Примечательно, что ответственность за преступное деяние, коим в Швеции является покупка сексуальных услуг, несет только потребитель. Такой подход шведских законодателей к проблеме повлиял на законодательство других стран. 3. Закон о неприкосновенности личности женщины Вступил в силу в 1998 году и предусматривает уголовную ответственность за любые действия, нарушающие неприкосновенность личности женщины. Под действие закона подпадает практически все, что так или иначе связано с унижениями, оскорблениями чести и достоинства, попранием прав и свобод женщины, насилием (в том числе и в семье). Преступления в сфере нарушения неприкосновенности личности женщины квалифицируются как правонарушения обычной степени тяжести или как особо тяжкие. Наказание за подобные преступления предусмотрено в виде лишения свободы на срок до шести лет. Примечательно, что настоящий закон призван защищать не только неприкосновенность личности женщины, но и детей.

История шведской гендерной политики:

1250-е годы - По инициативе шведского регента Биргера Ярла в стране начинает действовать Закон о неприкосновенности личности женщины. В частности, запрещены изнасилования и похищения. 1921 г. - Женщины Швеции допускаются к участию в выборах. 1922 г. - В стране появляется первая женщина-депутат риксдага (Черстин Хессельгрен). 1965 г. - Принимается закон, запрещающий изнасилование женщины в браке. 1974 г. - Начинает функционировать программа социального страхования родителей. 1975 г. - Принимается Закон об искусственном прерывании беременности. 1979 г. - Узаконено престолонаследие по женской линии. 1980 г. - В Швеции появляется институт Омбудсмена по вопросам равноправия полов. 1995 г. - В систему социального страхования родителей вводится ряд изменений и дополнений (закрепление за родителями оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком, «месяц для папы»). 1998 г. - Принимается Закон о неприкосновенности личности женщины. 1999 г. - Принимается Закон о запрете на покупку сексуальных услуг.

**Закон о молодежи**

Управление молодежной политикой, определяемой Парламентом, осуществляется Национальным Советом по делам молодежи. Совет по делам молодежи – правительственная организация. Он определяет, как будет осуществляться молодежная политика на федеральном и местном уровнях.

Молодежь в контексте данного закона – социальная группа с определенными социальными условиями жизни, а также с определенными потребностями и интересами.

Общая картина молодежной политики Швеции по сферам деятельности

Образование

Положительные аспекты:

Бесплатное среднее обязательное образование в 9-годичных школах

Бесплатное высшее образование

Открытая система образования

Широкие возможности влияния студентов на систему образования

Отрицательные аспекты:

Ограниченные возможности влияния школьников на систему образования

Слабая связь образовательных учреждений и деловых кругов, выход выпускников на рынок труда затруднен

Пробелы в системе образования трудно обучаемых детей

Недостаточный уровень развития системы дополнительных предметов

Работа

Положительные аспекты:

Приоритетное предоставление рабочих мест молодежи

Долгосрочное трудоустройство молодежи

Развитая национальная система общего социального страхования

Отрицательные аспекты:

Трудности в трудоустройстве молодежи без опыта работы (национальная система общего социального страхования основывается на предшествующем опыте работы и предшествующем доходе)

Отсутствие эффективной системы поддержки безработной молодежи

Обеспечение жильем

Положительные аспекты:

Доступное жилье для молодежи, возможность молодежи жить обособленно от родителей

Высокий уровень жилищного строительства

Отрицательные аспекты:

Помощь по программе «Доступное жилье для молодежи» предоставляется только студентам с низким уровнем дохода или без дохода вообще

Международные контакты

Положительные аспекты:

Международные контакты очень распространены и являются частью повседневной жизни молодежи

Возможность для студентов продолжить образование за рубежом, главным образом высшее образование, предоставление государственных грантов студентам

Отрицательные аспекты:

Государственная поддержка оказывается только студентам с ограниченными возможностями совершения международных контактов

Законодательство в области налогообложения затрудняет проведение некоторых видов школьных и студенческих обменов

Возможность влияния на молодежную политику

Положительные аспекты:

Вовлечение молодежи в решение политических вопросов через представителей в местных исполнительных органах (Молодежный Совет) и образовательных учреждениях (Студенческий и Школьный Советы)

Отрицательные аспекты:

Влияние молодежи на формирование политики во многом зависит от опыта работы

Молодежь недостаточным образом представлена в законодательных органах

Здравоохранение

Положительные аспекты:

Поддержка на федеральном уровне здравоохранительных программ, включая программу по охране здоровья детей

Бесплатные медицинские услуги для лиц моложе 20 лет

**Список литературы**

1. Всеобщая история государства и права: учебное пособие / Под ред. К.Н. Батыра. – М.: Проспект, 2006.
2. История государства и права зарубежных стран. Часть 2. Учебник для вузов / Под общ. ред. Н.А. Крашенинниковой, О.А. Жидкова. – М.: НОРМА – ИНФРА-М, 2000.
3. Попова А.В. История государства и права зарубежных стран. – М.: Юрайт, 2005.
4. Хрестоматия по истории государства и права зарубежных стран (Новое и Новейшее время) / Составитель Н.А. Крашенинникова. – М.: Зерцало, 2000.
5. Черниловский З.М. Всеобщая история государства и права. – М.: Юристъ, 2003.