

ハンガリーの労使関係
—脱社会主義過程におけるその展開—

平成 7 年 3 月

日本労働研究機構

執筆担当者

氏名	所属	執筆分担
石川晃弘 <small>いし かわ あき ひろ</small>	中央大学文学部教授	第1部 序章、第4章、第6章 第8章 第2部 第1章1、2、 第2章1、2、 第3章1、2、付録
西村可明 <small>にし むら よし あき</small>	一橋大学経済研究所教授	第1部 第1章
平泉公雄 <small>ひら いずみ きみ お</small>	法政大学講師・一橋大学 経済研究所客員研究員	第1部 第2章 第4部 (翻訳)
藤村博之 <small>ふじ むら ひろ ゆき</small>	滋賀大学経済学部助教授	第1部 第3章、第5章 第2部 第1章3、第2章3、 第3章3
武川正吾 <small>たけ がわ しやう こ</small>	東京大学文学部助教授	第1部 第7章

第7章 ハンガリーの社会保障

1 社会保障制度の沿革とその特徴

(1) 沿革

ハンガリーの社会保障の歴史は古い。1883年、ビスマルクによってドイツで世界最初の社会保険（健康保険）が導入されたが、このドイツに遅れること8年で、ハンガリーにおいても健康保険制度が創設されている（1891年。なお、日本の場合、健康保険法が公布されたのが1922年である）。年金の方は少し遅れたが、1928年には年金保険法が成立している（日本の場合、労働者年金法が成立したのは1941年である）。とはいえ、当時のハンガリーの人口の大部分は農民であったから、そうした社会保障制度の恩恵によくした人びとはわずかだったことは言うまでもない。

1945年、第2次大戦の終了とともに、土地改革や重要産業の国有化など大きな変革の嵐がハンガリー社会におとずれたが、これは社会政策の領域においても例外ではなかった。それまでの「制度化された慈善、未発達なビスマルク主義、断片的で不承不承の適用、社会政策の何たるかについての明確な概念の欠如」[3:60]によって特徴づけられていた社会政策は、「統一的で自律的な社会政策」に取って代わられた。この新しい社会政策は、「貧乏人をスティグマ化することなしに貧困を解消すること、仕事の創出に寄与すること、新しい土地所有者を援助すること」[5:101]に努めた。

1949年、共産主義政府が成立したことにより、1945年以來のブルジョワ革命の過程は中断を余儀なくされた。そこでは、新しい社会を建設するために、過去との断絶が強調され、多くのことが社会政策の領域でも生じた[4:204]。1950年、市場経済の廃止に伴い、社会保険と企業福利を除く、あらゆる福祉制度は廃止された。共産主義社会においては貧困はありえないということで、実際には人口の半数以上が絶対的貧困の状態にあったにもかかわらず、社会扶助やソーシャルワークは廃止された。教会や民間団体による慈善や相互扶助も禁止された。また、社会政策は経済政策の一部と見なされ、独立した制度としての存在意義を失った[5:102]。

その後、1956年の動乱などがあったが、ハンガリーは、1960年代に入って、比較的安定した時期に入る。とくに1966年以後の20年間は、経済社会政策が比較的良好な成果を収めたと見ることができる[5:102]。所得政策が採られ、賃金は比較的低い水準に抑えられていたが、生活必需品に対する補助が実施されたため、最下層の労働者も生計を維持することが可能となった。また、経済成長にともない、やがて賃金も上昇し、完全雇用も達成されたから、国民の一般的な生活水準は上昇し

た。社会保障給付は相変わらず労働との結びつきが強く労働政策的色彩が強かったが、給付の改善が見られた。

この時期、社会保障の領域でも大きな進展が見られた。

その第1は、第一次貧困の解消である。ハンガリーでは、1930年代以来、大量貧困の問題が存在し、この問題は第2次大戦を経て成立した共産主義政府の下でもしばらく存続していた。ところが、1960年代半ば以降、上記のような経済社会環境のなかで、貧困の問題は緩和された。1930年代および1950年代は人口の60%が絶対的ないし相対的な剥奪状態にあったが、1980年代初頭までにはそれが25~30%の水準にまで引き下げられたと推計されている [5:102]。少なくとも生物学的な生存を脅かすような貧困の問題は、この時期に解決されたと見てよい。

第2は、社会保障の多くの分野で適用範囲の拡大と給付の改善が見られたことである [5:102]。1960年代初頭には約40%にすぎなかった年金の適用率（受給者数/老年人口）が、1980年代半ばまでには約90%に達した（1990年には97.5%） [14:39-40]。また、1975年には社会保障法が成立し、普遍主義的な保健医療サービスが確立した。こうした社会保障制度の拡大のなかでは、とりわけ農民に対して適用されるようになったことの意義は大きい。かつては、「2エーカーから5エーカーの小土地所有者であっても、一定水準の医療や年金保険を買うことができなかった」 [4:205] と言われたが、今日では、そうした状況は解消した。また、1970年代末以来、大多数の人びとは社会保障制度の意義を評価しており、また、そのなかでも、とりわけ低所得者や低学歴者のあいだで社会保障制度に対する満足度が高いことが、各種世論調査によって明らかにされている [4:205]。

このような1960年代以来の発展のなかで、ハンガリーの社会保障の水準は、1980年代には、西側先進国のそれに近づいた。とはいえ、それは異なる体制の下で達成されたものであったから、そこには資本主義諸国とはずいぶん異なる特徴もあった。80年代末以降の市場経済化のなかで、社会保障制度の改革も迫られているが、どのような改革が必要であり、どのような改革が現になされているかを理解するためには、このような旧体制下で刻印された特徴について知っておく必要があるだろう。そこで、次に、80年代までに形成されてきたハンガリーの社会保障制度の特徴について見ていくことにしよう⁽¹⁾。

(2) 特 徴

ハンガリーの社会保障制度の特徴の第1は、労働との結びつきが非常に強いということである。ハンガリーにおいては、医療を別とすれば、多くの社会保障給付が雇用上の地位に関連し、また、給付額の決定においても、労働記録が非常に大きな役割を果たしてきた。社会保障は労働政策としての機能をまず持たされたから、労働能力を欠いた者に対する生活保障は二の次となりがちだった。

また、労働者生活において企業福利（保育所、保健センター、社宅、等々）の果たしている役割が大きく、しかも、これらの福利厚生には企業間格差があるため、どのような企業に勤務するかによって、これらのサービス利用可能性に大きな違いがあった。こうした労働中心の社会保障制度は、「貢献（労働）に応じた分配」というイデオロギーによって正当化されていた。

第2は、失業保険が存在しなかったことである。失業やホームレスの存在は、旧体制下ではタブーであり、現実には、完全雇用が生み出されていたから、失業保険を組織する必要はなかった。しかし、市場経済の導入によって、こうした状況に変化が生まれたことは言うまでもない。

第3は、第1のこととも関連するが、公的扶助が社会保険に比べて不十分だということである。公的扶助は共産主義政権の成立によって1950年代に一時廃止され、1960年代に復活されたが [5:102]、復活後の公的扶助の水準は低く抑えられていた。こうしたことの背後には、旧体制下のハンガリー人のあいだで貧困に対する「ビクトリア朝的態度」 [1:156] があった。すなわち、失業が公式には存在しなかったから、低年金は働きが悪いからであり、したがって、貧困は個人の責任だということになってしまったのである。

第4は、資本主義国であれば社会福祉サービスの分野で見られる民間事業がほとんどないということである。旧体制下では、独立的な中間集団やボランティア団体の存在は許されなかったから、すでに述べたように社会保険と企業福利以外の社会政策資源は廃止された。このため、社会福祉の分野で民間部門がサービスを供給する余地はほとんどなかった。もっとも、1989年以後、民間部門の復活が望まれるようになってきている。

第5は、他国に比べて、家族政策が相当充実しているということである。例えば、出産休暇は100%の所得保障で24カ月間認められているが、これは他国にあまり例が見られない（ちなみに日本は60%で14週間）。また、育児休業期間は、所得比例給付が1年半、定額給付が1年半支給されることになっている。OECD諸国のなかには、そもそも育児休業制度のないところも少なくなく、同制度が存在する場合でも無給であったり期間が短い場合が多く、また、有給の制度でも定額給付の場合が圧倒的であるから、ハンガリーの制度は異例だと言える。また、家族手当についても同様である。表1は、家族手当（児童手当）の各国の水準を見たものであるが、これによって、ハンガリーがいかに高い水準にあるか分かる。

なお、Deacon [2] は、とくにハンガリーということではないが、1989年以前の旧ソ連・東欧諸国の社会政策に共通するバランスシートを表2のようにまとめている。

表1 家族手当の国際比較——子どもが二人いる場合の平均報酬に対する比率

1989年	
東欧	
ハンガリー	24.9%
ブルガリア	22.2%
チェコスロバキア	20.0%
ポーランド	19.6%
ルーマニア	17.0%
西欧	
オーストリア	16.9%
ベルギー	10.7%
オランダ	9.0%
スウェーデン	8.7%
イギリス	8.2%
スイス	6.9%
西ドイツ	6.6%
フランス	6.5%
ノルウェー	6.4%
イタリア	5.4%
デンマーク	3.0%

資料：The World Bank, Hungary: Refrom of Social Policy and Expenditures, 1992, p.167.

表2 東欧ソ連の福祉制度

長所	短所
多数に対する仕事の保障	失業給付の不適切さないし欠如
平均賃金に比した労働者賃金の高さ	党/国家官僚の隠された特権
無料保健サービス（但し賄賂や贈り物）	健康に対する予防的アプローチの未発達。 高い死亡率/有病率
働く女性に対する3年間の育児手当と復職の権利（とくに東独およびハンガリー）	女性に対して仕事と育児を強要。性差別主義的分業
大幅に助成されたアパート	アパートの不均衡配分の結果、裕福な者が最も多く助成されたアパートに入居
国家によって組織された社会保障年金および傷病手当金	スライドのない給付と労働記録による強い規制。社会援助に対するまったく不適切な支援。
国家党/職場のパターナリズム	下から自律的に社会的必要を表明する権利の全面的欠如

出典：Deacon, Bob, "Developments in East European social policy", Catherine Jones, ed., New Perspectives on the Welfare State in Europe, London: Routledge, 1993, p.178

2 社会保障制度の体系

(1) 社会保険

次に、ハンガリーの社会保障の個別制度がどのようになっているかを見ておこう。

ハンガリーの社会保障は、19世紀にビスマルク型の社会保険制度が導入されて以来、社会保険制度を中心に運営されている。現在では、被用者をはじめ、協同組合員（手工業・農業）、自営業者（小売・農民）、自由業者など全国民が社会保険制度の対象となっている [13]。

現在、ハンガリーでは、社会保険制度の保険事故別の分化を進めているが、比較的最近にいたるまで、1つの社会保険制度が、年金以外にも、疾病、出産、労働災害、家族手当（1990年4月1日以降、社会保険から一般財源に移管された）などの保険事故をカバーしていた [13]。

被保険者の拠出は、1948年には、収入のわずか1%に過ぎなかったが、その後順次引き上げられてきた [5:106]。その結果、1954年には保険料率が3%に引き上げられ、1966年には3%~10%の累進保険料率が採用され、1982年には、その上限が15%に引き上げられた。この時期までは、労働者にとって所得税と社会保険料との区別がなく、社会保険料が一種の所得税になっていた。ところが、1988年に両者の分離が行なわれ、包括的で累進的な所得税制度が導入され、被用者の社会保険料は、収入の一律10%に変更された。

但し、月収が10,000Fts（フォリント）を超えると順次保険料率が引き下げられ、最大で6%（月収が16,000Fts以上）にまで引き下げられる。また、年金受給者も働いている場合には、収入の5%を拠出することになっている [13]。

これに対し、事業主の拠出は、1948年当時、賃金総額の12%だったが、1989年現在、43%にまで引き上げられている [13]。

ちなみに日本の場合、厚生年金（14.5%）と健康保険（8.2%）の保険料率の合計は22.7%となっており、これに労働者災害補償保険の保険料率（0.6~14.9%）を加えたとしても、23.3~37.6%である。わが国では年金と医療に関しては労使折半が原則であるから、ハンガリーの場合、わが国に比べると、本人に関してはほとんど同じか若干低めの負担であるが、事業主に関しては相当高めの負担であることがわかる^②。

日本に比べるとGDP対比で見た社会保障費の水準は収入支出とも高めであるが、EC諸国に比べるとそれほどでもないことが分かる（表3参照）。また、事業主拠出の比率が圧倒的であるのは、日本やEC諸国には見られない特徴である。

表3 社会保障給付費および社会保障収入源の国際比較

社会保障給付費(1986)	ハンガリー	日本	西ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン
社会保障収入(対GDP比)	17.0	15.3	23.8	28.4	21.1	34.2
社会保障支出	16.2	12.2	23.4	28.6	20.4	31.3
社会保障給付費	16.1	11.5	22.7	27.2	19.4	30.1
社会保障費の収入源*						
被保険者拠出(%)	21.2	27.2	36.6	23.4	18.3	1.7
事業主拠出	78.8	30.6	35.0	50.6	23.4	38.5
国庫支出		22.7	25.8	19.6	50.2	22.7

* 社会保障特別税, その他の公的負担, 資本収入等を除外しているため合計は100%にはならない。

出典: ILO, The Cost of Social Security: 1984-1986, 1992.

(2) 年金

ハンガリーでは、1991年現在、60歳以上人口が197万3,600人おり、これは全人口の19.1%に相当する。このうち男性が79万1,100人、女性が118万2,400人であり、他国と同様、女性の高齢者の方が多い [6]。

老齢年金の支給開始年齢は男性60歳、女性55歳となっている。資格期間は、かつては10年であったが、1990年以降、20年間となっている。年金の受給に関しては、退職要件があるが、①年金月額が、1989年現在で、2,790Fts以下である場合、②年間労働時間が860時間（職業によっては1,260時間）を超えず、しかも、年収が60,000Ftsを超えない場合には、年金を受給しながら就労することが認められている [13]。このため、ハンガリーでは多くの年金受給者がパートタイムで働いている。パート就労による所得と年金を合算すると、現役時代の収入を上回る場合が多いため、ハンガリーの高齢者にとっては、パートタイムの仕事に就くことができるか否かが所得保障の面で決定的な役割を果たすことになる [5:113] [11]。

年金額は、受給資格が発生する直前の5年間のうちの最良の3年間の平均収入の33%から、拠出期間に応じて増額していき、最高で75%（42年間加入）となっている。但し、最低年金（あるいは退職手当）額が決まっており、それは、1989年現在、3,340Ftsである [13]。

老齢年金の受給者は、1991年現在、約256万人おり、これは全人口の24.7%である [6]。日本の老齢年金受給者は新旧の両制度を合わせて約1,965万人（15.9%）であるから [15]、人口高齢化は同程度であるにもかかわらず、年金の成熟化は日本よりハンガリーの方が進んでいる。

平均的な年金額は、1990年現在、月6,683Fts（労働者7,070Fts、農民5,678Fts）である。同年の平均賃金月額は12,664Ftsであるから、労働者の場合、平均年金額は平均賃金の55.8%に達する[6]。日本の場合、被用者のモデル年金は月収の7割、ボーナスを含む年収の約4割で設計されているが、実態は、旧厚生年金の老齢年金の場合で、年間約168万円（1990）[15:156]、常用労働者の平均給与の約38%となっている。新制度の適用者や自営業者は、これよりもさらに比率が落ちるから、現役労働者の賃金との対比で見たハンガリーの年金水準は日本より相当高く、スウェーデン（57.5%）並みと言える。

このように、一見すると、ハンガリーの高齢者は高水準の年金を享受しているようにも見えるが、ハンガリーの年金制度の抱える問題点は少なくない。

最大の問題は、賃金や物価の上昇に対する年金額のスライドが不十分な形でしか行なわれていないことである[5:113]。物価スライド制は1971年に導入されたが、これは定期的に行なわれているわけではない。しかも、物価上昇に見合った引き上げが行なわれるのは70歳以上の高齢者だけであり、その他は物価上昇分に対する定額の補填がなされるにすぎない。

このような不十分なスライド制のため、今日のように物価上昇率が大きくなってくると、「年金の実質額の持続的低下と低年金者の増大」[5:116]が高齢者の所得保障における最大問題とならざるをえない。

さらに、こうした問題は前期高齢層よりは後期高齢層にとって深刻である。スライドが遅れたり、不十分な形でしか行なわれないとき、年金の裁定時期が古いほど年金額の実質的目減りの犠牲が大きいためである。また、年齢の高い者ほど健康上の理由からパートタイム労働に就くこともできなくなるから、年金以外の収入源が喪失する。このため、年齢の高い者ほど収入は少なくなり、貧困に陥る可能性が増大する。

(3) 保健医療

ハンガリーの保健医療保障は、①保健医療サービスの給付と、②現金給付との二本立てになっている。

a 現金給付

保健医療に関する現金給付は、年金と同様に、19世紀末以来、原則として、ビスマルク型の社会保険によってカバーされている。現在では、医療サービスが普遍的な制度として存在しているため、社会保険制度による保健医療関係の給付は現金給付に限られている。

疾病給付および出産給付に関しては、被用者、協同組合員（手工業・農業）などをカバーしてい

る。但し、農業協同組合員に関しては、協同組合から直接給付される。また、出産一時金についてのみ、年金生活者（高齢者に限らない）、学生、農民にも給付される [13]。

疾病給付の受給資格は、現在の被保険者に限る。出産給付に関しては、現在の被保険者に加えて、過去2年間に9カ月以上の被用者期間があれば、受給資格が認められる。また、被用者期間が6～8カ月の場合は、減額のうえ支給される。育児手当金（extended infant care grant）については、過去18カ月に12カ月の被用者期間があればよいことになっている [13]。

疾病給付の金額は、2年以上継続して働いていた場合には収入の75%、それ以外の場合は65%となっている。労働不能となった最初の日から給付が開始され、最高で1年間の給付がなされる。ちなみに、わが国の傷病手当金は、休業の4日目に支給開始され、標準報酬日額の6割となっている。

出産給付は、産前4週と産後20週のあいだに収入の100%が支給される。それ以後は子どもが2歳になるまでのあいだ被用者であった期間に応じて収入の65～75%が支給される。さらに、それ以降は、第一子については月800Fts（1989年現在、以下同じ）、第二子は月900Fts、第三子は月1000Ftsの育児手当金が、家族手当^③とは別に支給される。子どもが障害児であった場合は支給期間が10歳まで延長される。

母親が産前の健康診断を4回以上受けた場合には、出産一時金が6,000Fts支給されることになっている。

b 保健医療サービス

ハンガリーでは、社会保障としての医療サービス供給は、19世紀末以来、長らく社会保険によって運営されてきた。このため、1960年には農村居住者の約15%が社会保険制度の適用を受けず、医療保障から除外されていた [1:82]。これらの人びとが病気になったときの医療費は自分で調達するか、ミーンズテスト付きの公的扶助に頼るしかなかった。ところが、1958～62年のあいだに進められた農業集団化の過程で社会保険制度の加入者が増加し、1972年には医療保障から除外された者は、農村居住者の約1%にまで減少した [1:82]。

1975年には、公的保健医療制度が確立し、「一般および専門医療、入院、サナトリウムおよび温泉療法、歯科、産科、薬剤および器具、移送」 [13] などのサービスは、社会保険制度上の身分とは無関係に全国民が、原則として無料で、権利として利用することができるようになった。但し、薬剤に関しては費用の10%ないし20%、医療器具に関しては15%の自己負担をすることになっている [13]。また、救命医療、出産医療、小児医療に関してはすべて無料だが、中絶手術など一定の医療サービスについては費用徴収されることになっている [1:87]。

主要な医療機関はすべて国立であり、地方自治体によるものはない [1:85]。ハンガリーの医療

制度は旧ソ連のそれに似ていると言われているが、旧ソ連に比べると工場内の診療所が少なく、職場と関連した医療サービスは少ない [1:82, 85]。また、共産主義時代から医師の私的診療が認められており、この点も旧ソ連とは異なっている。

ハンガリーの保健医療に関する公共支出はGDPの3~4%と言われており [5:118]、EC諸国と比べるとあまり高い水準とはいえない。また、プライマリー・ケアが重視されているにもかかわらず、一次医療よりも病院建設などの財政支出が優先されているとも言われている [5:118]。

保健医療資源の整備状況

1990年現在、医師数は38,172人おり、人口1万人対比で見ると、36.9人（日本の場合は17.1人）である⁽⁴⁾。病院の病床数は10万5,097床であり、人口1万対比で見ると、101.5床（日本の場合は、一般病床数で101.4床）となっている。1950年の水準に比べれば、医師数は3倍強、病床数は約2倍となっており、かなり改善されてきている（表4参照）。

表4 ハンガリーの医師数と病床数

	人口1万当り 医師数	人口1万当り 病床数
1938	11.6	51.0
1950	11.0	55.8
1960	15.7	72.3
1970	22.7	82.9
1980	28.8	89.2
1990	36.9	101.5

出典：Hungarian Central Statistical Office, Hungarian Statistical Yearbook 1990, 1991.

保健医療資源の整備をめぐる大きな問題は、医療資源が大都市に集中しているため、資源への接近可能性に関する地域格差が大きいということである。人口1万人当りの病床数は、1990年現在、ブダペストでは151.5人であるのに対し、他の地域では89.4人に過ぎない [6]。また、人口1万人当りの医師数についてもブダペストでは50人であるのに対し、地方都市では28人、村では9人となっている。そして、人口規模が少なくなるほど、人口対比で見た医師数も少なくなっている [6]。

こうした医療資源の地域的不均等は、高次医療の利用に深刻な問題を生んでおり、「高次の保健

サービスを利用することができるか否かは、患者の医学的^{モード}必要によってではなく、患者の住所、そして、とりわけ医療機関からの距離によって決まる」とまで言われている [5:119]。

国民の健康状況

また、保健医療資源の整備状況に比べて、その成^{パフォーマンス}果が必ずしもよくないという点も、ハンガリーの保健医療制度の抱える問題点である。

ハンガリー人の平均寿命は、1990年現在、男65.1歳女73.7歳となっていて、日本の場合（男75.9歳女81.8歳）に比べて、あまり高くない。しかも驚くべきことは、1950年代以来、女性は5歳程度の寿命の伸びがあったにもかかわらず、男性の方は、ほとんど変化していないということである（表5を参照）。

表5 ハンガリー人の平均寿命

	男	女
1955	64.8	68.7
1960	65.9	70.1
1970	66.3	72.1
1980	65.5	72.7
1990	65.1	73.7

出典：Hungarian Central Statistical Office, Hungarian Statistical Yearbook 1990, 1991.

また、国民の健康状況を示すもう一つの指標である乳児死亡率も、あまり芳しい状態にあるとはいえない。出生1,000人当りの乳児死亡は、1941年には115.6人だった。それが1950年には85.7人、1960年には47.6人、1970年には35.9人、1980年には23.2人と次第に減少し、1990年現在、14.8人となっている [6]。この数値は、ハンガリー一国だけを見れば大きな改善と言えるが、EC諸国や日本に比べると、まだ高いと言わざるをえない。日本の場合、1989年現在で4.6人であり、ハンガリーの現在の水準はだいたい日本の1968年の水準(15.3)に相当する。さらに問題なのは、ハンガリーの場合、1980年代に入ってから乳児死亡率の低下が減速しており、しかも、ここ数年のあいだはほとんど変化していないということである。

その他の死亡率や有病率などの指標から見ても、「1960年代末以来、人びとの健康状態は急速に悪化している」[5:120] という指摘がある。残念ながら今回はその裏付けとなるデータを入手する

ことはできなかった。

また、他の国と同様、ハンガリーの場合も、保健医療サービスの利用や健康状態に階級格差があるとも言われ（「肉体労働者は非肉体労働者よりも若くして死ぬ」[1:83]）、だとすると、社会の下層にある人びとの健康状態は、ハンガリー人の平均的水準よりもさらに低いということになる。したがって、「多重の不利益を被っている社会集団の死亡率や有病率などの指標は、第三世界の値に近い」[5:120]と言われることになる。

このような低水準の健康状態の原因として、ヘゲシュらは、①保健サービスの供給不足、②長時間労働、③勤労意欲の低下のため、保健医療サービスが利用しにくくなっていること、④環境汚染や薬品利用による予測不可能な影響、⑤保健医療に対する軽視、などの要因を指摘している [5:120]。

(4) 社会福祉サービス

次に社会福祉サービスについて見ておこう。

a 高齢者福祉

日常動作能力（ADL）の低下した高齢者に対しては、社会福祉サービス（ないし対人社会サービス）が提供される。

老人ホーム

老人ホームは、1990年現在、ハンガリー全体で308施設あり、4万1,063人の定員がある。入所者数は3万8,875人であり、これは65歳以上人口の3.0%に、60歳以上人口の2.0%に相当する [6]。ちなみに、日本の場合は、老人福祉施設（特養・養護・軽費）の在り者数は65歳以上人口の1.6%である。

老人ホームは、医療施設とは異なり、ブダペストに集中しているということはない。人口1,000人当りの定員は、ブダペストでは16人であるが、ブダペスト以外の主要都市部では42人、町部では29人、村部では51人となっていて、むしろ地方の方が、人口当りの定員が多い。

老人ホームは定員が不足しており、1年間に申請者の77%しか入所できないとも言われる [5:115]。しかし、ブダペストの場合、1990年頃までは、ウェイティング・リストが長く、入所の申請をしてから1～2年待たされることが多かったが、最近は比較的早く入所できるようになったとのことである。筆者が訪問した老人ホームでは、半年位で入所が可能とのことだった。

筆者は、ブダペストのホームを2カ所見学することができたが、そのうちの一つについて紹介し

ておこう。

筆者が訪ねたのはベンツール (Benczur) にある老人ホームであ、1952年に市によって設立されたものである。元々一般家族の居住用の一戸建て住宅を老人ホームに転用したものである。このあたりは戦争前は高級住宅地であり、ここも非常に大きな家だったようで、4階建てで12部屋ある。入居者は76人おり、全員が女性である。

スタッフは全部で23人おり、その内訳は、ケア担当が11人 (1人がチーフ)、保守関係職員が4人、食事の担当が7人 (近くのホームの食事も提供するため多い)、施設長が1人となっている。職員の大部分が女性で、男性は保守関係、食事、ケアに各2名いる。

入所者のうち5人は費用が免除されており、残りの71人は月に2,800Ftsの負担をしている。これは食事代を賄う程度の金額で、フルコストは1991年の場合で、1人当たり月6,000~7,000Fts程度だった。ちなみに、1990年の年金の平均月額が6,683Ftsである。

この老人ホームの入所者には、①無収入で家族がいない人、②家族はいるが一緒に暮らすには収入が不十分な人、③病気であったり、特別のケアを必要とする人、といった3つのタイプが見られる。10年前には医療を要する人の部屋は1つしかなかったが、今では3つに増えた。他の国の老人ホームと同様、入所理由が経済的なものから健康上のものへと変わってきていることがわかる。

ここは環境がよいため人気があると言われているが、設備面から見て、あまり快適な環境とは思えなかった。まず、4階建ての建物であるにもかかわらずエレベータがない。4階は体が不自由な高齢者のための部屋があるが、彼らは階段の昇降ができないため廊下で食事をする事になっている。このため廊下に食卓が並べられており、ただでさえ狭いところがさらに狭くなっており、この階の高齢者の可動範囲は非常に限られたものである。

また、一人部屋を見たが、1畳から2畳程度の非常に狭いところだった。病弱な人びとがいる10人部屋は、所狭しとベッドが並んでおり、部屋の真ん中に、つまり壁に接することなくベッドが置かれてあった。全体的に非常に過密な印象を受ける。11人が詰め込まれている部屋もあった。ただ、元々民家だったためか、内装が凝っていたり、絨毯や壁紙などに工夫が凝らされており、施設風の単調さから免れていることが唯一の救いだった。

以上のような老人ホーム (social home, welfare home) とは別に、年金生活者ホーム (Pensioner's homes) という裕福な高齢者向けの施設もある。かつては、健康で、十分な年金のある高齢者が、部屋数が2室以上のアパートを明け渡すことを条件にそこに入所することができたが、今日では、同等の金額を支払えば、アパートの明け渡しは必ずしも条件ではなくなっているという [5:115]。いずれにせよ、高価であることはまちがいない。なお、ブダペスト市が近年、健康な高所得高齢者向けの老人ホームを開設したが、その費用は月10,000~11,000Ftsと平均的な年金額

を大きく上回っており、平均的な年金生活者にとっては入所が困難である。

在宅サービス

在宅高齢者のための社会福祉サービスとしては、給食(social food)、在宅ケア(home care)——家事援助や訪問介護に相当すると思われる——、老人クラブ(宿泊施設付きとそうでないものがある)——デイケア・センターに相当するものと思われる——、訪問看護などがある [5:114] [12:74] [14:96]。1985年現在、60歳以上の高齢者の1.7%が給食サービスを利用している [5:114]。また、1990年現在、在宅ケア・サービスの利用者は84,720人であり、これは高齢者の約4.3%に該当する。そして、老人クラブは全国に1,392カ所あり、訪問看護は有料無料あわせて年間20,893回実施されている [6]。なお、1986年以来、在宅ケアを推進するため、地域ケアセンター(regional care centres)が設置されている。

これらのサービスを利用した場合の費用は、応能負担が原則となっている。最低年金額以上の収入のある高齢者の場合は費用負担が求められるが、収入がそれに満たない場合は免除される。

すでに述べたように、ハンガリーの年金制度はスウェーデン並みであり、比較的よく整備されていると言える。しかしながら、高齢者向けの社会福祉サービスに関しては、EC諸国に比べて必ずしも満足な水準に達しているとはいえない。この点、日本の状況に似ているかもしれない。

b 児童福祉および障害者福祉

0-3歳の子どものためには託児所がある。1990年現在、地域の託児所が917、事業所内の託児所が86あり、それぞれ38,939人、1,886人の子どもが登録されている。両者合わせて0-3歳児の約1割に相当する [6]。託児所の質は低いと一般に考えられているために、定員は未充足状態にある [14:84]。1980年代初頭は、17%の託児所が事業主によって設置されていたが、事業主による託児所は減少傾向にあり、80年代末には10%程度にまで減った。3-6歳児のためには幼稚園があり、該当年齢の約90%の子どもが通っている。なお、義務教育は6-17歳の12年間である。

3歳以上の障害児は健常児と一緒に一般の幼稚園に通うことも、障害児向けの幼稚園に通うことも可能である。重度の障害児のためには、ブダペストおよび各カウンティごとに施設がある [5:121]。成人の障害者のためには、種々の作業所がある [5:122]。

3 最近の動向

(1) 失業問題

最後に、体制変化後に生じた社会保障上の問題について見ておくことにしよう。そのうちの最大のものの1つは失業である。

すでに述べたように、共産主義時代には、イデオロギー的に失業の存在は許されず、したがって、失業に関する社会保障給付は存在しなかった。実際、1985年頃までは労働力不足が続き、完全雇用が達成されていた。しかし、市場経済の導入に伴い、失業者の存在がハンガリー社会においても容認されるようになり、ついに1989年1月1日に、失業給付が導入された。

現在、ハンガリーでは、市場経済化の進展に伴い、失業者の数が増大してきている。失業給付受給者の数は、1989年には、全国で12,064人に過ぎなかったが、1990年には89,277人（このうち男子は53,376人、女子は35,901人）にまで増加し、1991年は、上半期だけで、192,270人（男子118,546人、女子73,724人）に達している〔6〕。また、1992年12月現在、失業者として全国労働センターに登録されている数は663,027人にのぼっており（これは労働力人口の12.3%）、このうち失業給付の受給者は、476,962人に及んでいる〔10〕。ハンガリーは、わずか4,5年のあいだに「完全雇用の社会」から一挙に「失業率二桁の社会」へと変貌したことになる。

失業は人口のあいだで一様に発生しているわけではない〔14:53-54〕。未熟練労働者や若年労働者のあいだでの失業率が高く、また、特定の地域の失業率が他に比べて非常に高くなっている。市場経済の導入に伴う経済再編のなかで、失業の危険にさらされることの大きい集団がいくつかある。雇用調整が新規採用の削減を通じて行なわれているため、労働市場への新規参入者は、失業しやすい。また、余剰人員化した高年齢労働者も再就職先を見いだすのは困難である。企業倒産などによって失業を繰り返しているうちに、さらに失業の可能性が高まるということもある。この他、低学歴者、女性、障害者、ジプシーなども失業のハイリスク集団だと言われている〔5:125〕。

1989年1月に創設された失業給付制度では、過去3年間に18ヵ月以上勤務していた場合に、12ヵ月間の給付を受けることができた。給付額は、最低賃金の80%から3倍までの間で、最初の6ヵ月は従前所得の70%、残りの期間は60%となっており、自己都合による失業の場合にはそれぞれ減額された。給付は全額国庫負担の「雇用基金」(Employment Fund) から支払われた〔14:54〕。

この制度では、初職を探している者や1年以上の長期失業者は給付を受けることができなかった。また、給付期間は3年間で最大12ヵ月となっていたため、失業を繰り返す者も十分な保障を受けることができなかった。また、従前の仕事よりも収入減でも失業給付以上の収入の仕事であれば、提供された仕事を拒否できなかったから、失業給付が貧困化の原因にもなったという〔5:127〕。

こうしたなかで、1991年2月、新しい雇用法（Act IV of 1991 on Employment Promotion and Provision for Unemployed Persons）が成立し⁶⁾、失業給付制度にも大きな変更が加えられた [14] [9:56f, 164]。

旧制度では全額国庫負担の「雇用基金」から失業給付が支給されていたが、新制度では政労使の拠出による「連帯基金」（Solidarity Fund）が創設され、失業給付はこの基金を財源にして支給されることになった。発足当初は、事業主が1.5%、被用者が0.5%を拠出ることになっていたが、その後の失業率の飛躍的上昇のため、それぞれの保険料率は引き上げを余儀なくされている。

給付関係の変更では、まず、受給資格が緩和された。旧制度では過去3年間に18ヵ月以上の勤務が受給要件だったが、新制度では過去4年間に12ヵ月以上の勤務となった。これによって、失業を繰り返した場合でも、失業給付を受給しやすくなった。

また、受給期間は、被保険者期間に応じて多様化された。同期間が360日から479日の場合の受給期間は180日間であり、以後、被保険者期間の長さに応じて受給期間が延長されていき、保険者期間1440日以上（すなわち従前の4年間に失業していない）の場合の受給期間は720日間となっている。これによって1年以上の長期失業者にも所得保障の途が開かれた。

給付額は、全期間が2等分され、1991年1月現在、前期については過去12ヵ月間の粗所得の70%、後期については50%となっている。最高額は旧制度と同様最低賃金の3倍だが、最低額は最低賃金の同額にまで引き上げられた。しかし、実際には、給付額裁定後のインフレのため、受給者の65%はその後の最低賃金以下の給付しか受けていないと言われている [7:44]。

さらに、初職求職者のための失業扶助（career beginners benefit）が導入され、学校を卒業してから2年以内の者であって、失業者として3ヵ月以上登録している者には、最低賃金の75%が6ヵ月間支給されることになった⁶⁾。これによって、若年失業者の所得保障問題は若干緩和された。

1991年以降、失業給付の財源は「雇用基金」から「連帯基金」に移行したが、「雇用基金」の方は引き続き社会保障給付以外の労働市場政策の財源として用いられている。雇用基金による雇用政策は「積極的労働市場政策」と呼ばれ、職業訓練および再訓練、失業対策事業への助成、パートタイム雇用への助成、失業者の事業開始への援助、企業の雇用創出プログラムへの援助などを含んでいる [10]。

(2) 貧困問題

現在のハンガリーにおけるもうひとつの社会保障上の問題は、貧困である。

1977年と1987年の家計調査を比較した Szalai の研究は、貧困に関して次のような興味深い事実を明らかにしている [14:23-4]。①最低生活水準以下の人口は、この10年間（1977-1987年）に

変化していない。②この10年間に非稼働世帯の貧困は減少したが、逆に、稼働世帯の貧困は増加している。③1987年時点においては、農村部（稼働世帯10.7%、非稼働世帯9.6%）よりも都市部（稼働世帯17.3%、非稼働世帯14.5%）の方が貧困世帯の出現率が高い。④1987年時点において、貧困のリスクが最も大きいのは児童である。⑤年金生活者の貧困も多いが、その出現率は10年間に減少している。なお、他の調査もこれらと類似の結果を示している。

表6は、1989年の家計調査に基づいて、貧困世帯に属する個人と一般世帯に属する個人の年齢分布を稼働世帯と非稼働世帯に分けて示したものであるが、これによって、貧困に陥りやすいのがどの年齢階層であるかが分かる。稼働世帯・非稼働世帯ともに、児童（0-14歳）の出現率が圧倒的に高い。また、非稼働世帯についてみると、高齢者（70歳以上）と子どもを養育している世代（44歳以下）の出現率が高いこと分かる。このことは、ハンガリーにおいては、貧困に関する伝統的なライフサイクル・モデルが当てはまることを物語っている。すなわち、15歳までの子どもの時期、子育て期、高齢期が貧困のピークとなっている。

表6 貧困世帯と一般世帯の年齢分布

年齢	稼働世帯		非稼働世帯	
	一般	貧困	一般	貧困
0 - 5	4.4	12.9	0.8	3.1
6 - 14	14.1	27.7	0.4	6.2
15 - 44	47.3	47.5	1.6	9.9
45 - 69	32.2	10.2	73.8	42.7
70才以上	2.0	1.7	23.4	38.1
合計	100	100	100	100

出典：The World Bank, *Hungary: Refrom of Social Policy and Expenditures*, 1992, p.25

1987年以来、ブダペストでも、電気やガスを止められている世帯の数が増加しており、学校給食費の支払えない家庭が増えている [12:41]。高齢者のなかには食費に困っているものも少なくないと言われ、ある調査⁷⁾によれば、1987年に85%の年金生活者が1日3回の食事を摂っていたが、1989年にはそれが半数以下に減り、反対に、1日2回しか食事を摂らない人の数は1987年には14%だったのが、1989年には4割近くに増え、1日1回の人も増えている [12:54]。

以上は、1980年代末の状況であり、失業率も現在に比べると相当低く、ほとんど完全雇用に近い状況下における貧困の状態であった。ところが、すでに述べたように90年代に入ってから失業率が

いちじるしく増加しており、これにともない（失業給付の存在にもかかわらず）貧困の出現率も増加してきていることは間違いない。失業者全員が失業給付を受給しているわけではないし、また、給付額の最近の引き上げにもかかわらず、インフレなどのため受給者の多くもが最低賃金以下の給付しか受けられないでいる。このため非稼働世帯の貧困は90年代に入ってから80年代以上に増加しているであろう。

また、稼働世帯においても貧困は増加しているものと思われる。1992年9月現在、ネットの平均賃金水準は、最低生活（生計維持）水準を若干上回っている程度であり⁶⁾、ということは、多くの人びとが貧困線以下の賃金しか得ていないということである⁹⁾。

さらに、インフレの激化により、90年代に入ってから年金生活者の貧困も増加しているものと推測される。すでに述べたように、ハンガリーの場合、年金の新規裁定額は日本などに比べるとかなり高水準にあるが、既裁定分に関する物価スライドが不十分なために、最近のインフレのなかで高齢になるほど年金が目減りし、他方、高齢になるほどパート就労の機会も少なくなるから、それだけ貧困の陥る可能性が高くなる。

90年代に入ってから貧困出現率の増加を直接示す公式統計はないが、社会扶助の受給者は現在確実に増加している¹⁰⁾。しかも、他国と同様、ハンガリーにおいても社会扶助の有資格者がすべて社会扶助を申請するわけではないから——説によると、有資格者が全員申請すると地方自治体は財政的に破産する——、実際の貧困出現率は社会扶助受給者を大幅に上回っており、社会保障給付によって救済されずに貧困線以下の生活をしている人びとが多数いる。ブダペストの近くの或る町では、20%の人が電気代を支払うことができないでいる、と言われている。

このような状況のなかで、世界銀行の報告書 [14] は、貧困問題を解決するための手段として、①子ども、とりわけ多子家族を目標とした家族政策の強化、②年金の物価スライド、③子どもを養育している女性がパート労働に就けるようにする（「副収入源を得ることによって世帯構成員を貧困線以上に保つことができる」）ことなどを提案している¹¹⁾。

(3) 社会保険制度の改革

こうした市場経済化にともなう問題の発生¹²⁾に加えて、近年のハンガリーでは、市場経済化に適合するような形に旧来の社会保障制度を改革していく動きも見られる。そのうちの最も顕著なものは、社会保険制度の改革であろう。これは「社会保険の浄化 (cleansing)」と呼ばれている。

「社会保険の浄化」の第1は、社会保障基金の独立である¹³⁾。

すでに述べたように、ハンガリーの社会保険の歴史は古く、すでに100年以上の歴史を持っている。共産主義時代以前、ハンガリーの社会保険は、政府から独立の団体が管理していた。ところが、

1950年の社会政策をめぐる一連の改革のなかで、社会保険制度は国家制度の一部となり、しかも、社会保険財政も国家財政に一体化されてしまった。このため、社会保険は独自の基金を持つことができず、基金の運用による資本収入を得ることもできなかった。

一連の経済改革のなかで、市場経済に適合的な社会保障制度を確立するため、1988年、国家財政と年金保険財政の分離が開始された。しかし、この時点では、両者の分離は名目上のものにすぎず、政府が社会保険の財政に介入し、保険料率の決定も政府が行っていた。

1989年、社会保障基金の分離が立法化され、その運営（給付、保険料徴収、資産運用等）も政府から独立した自主管理的機関（National Administration of Social Insurance）が行なうこととなった。また、同年、それまで国家財政の下にあった医療保険（現金給付の部分）も、社会保険の方が効率的に運営ができ、租税よりも保険料の方が人びとが信頼するということから、社会保障基金の下に移管されることになった。これによって、保健医療については、サービス給付は一般財源によって運営され、所得保障部分については社会保障基金によって運営されることになった。また、社会保障基金の方も、年金の基金と、保健医療の基金の2つから成り立つこととなった。

社会保障基金は1994年から1995年にかけて、これまで蓄えられてきた国有財産を継承することになっている。これによって、社会保険料を3%程度引き下げることができると見込まれている。継承額は3000億Ftsで、国有財産全体の10~15%に相当する⁶⁴。

「社会保険の浄化」には、別の側面もある⁶⁵。それは、保険事故の範囲を見直し、社会保険の保険としての性格を強めていくということである。社会保険のリスクは個人が拠出することが可能なものに限定すべきとの考えから、保険の対象を年金と医療に限定し、これら以外の給付、例えば、家族手当、出産一時金、葬祭一時金などは、社会保険制度の枠組から外し、他の財源によってまかなうようになってきている。そして、年金と医療に関しても、社会保険のなかに含まれていた連带的（再分配的）要素を薄めて、市場における私保険の形態に近づけていくことになる。また、このことは、私的年金や私的医療など、社会保障の領域においても市場の役割を強化するということにもつながっていく。

ハンガリーでは、現在、市場経済化という大きな流れのなかで、旧体制下で作上げられた社会保障制度が大きく変貌を遂げつつあることは確実である。Zsuzsa Fergeによれば、今後の社会政策の方向をめぐる3つの代替案が存在している [4:207-211]。

1つは、ハンガリー民主フォーラムなどの政府与党のもので、これはドイツ流の「社会市場経済」をめざしている。そこでは市民の最低生活は保障されるが、同時に、家族や教会などの役割が強調され、女性の雇用に関しては消極的である。また、給付は真に必要な者に限定される（選別主義）。

第2は、自由民主連盟などの自由主義者の代替案で、これは社会政策に関しては新自由主義的であると同時に、社会民主主義的でもある。一方で、社会権を強調し、普遍主義的プログラムが好まれるが、他方で、社会政策の民営化や選別主義の主張も見られる。社会保険の「浄化」は、第1の党派と第2の党派によって推進された。

第3は、社会主義者の代替案である。彼らは西欧流の社会民主主義政党に生まれ変わろうとしているが、旧体制下の支配政党であったこと、旧体制下で行なった社会政策の改革が社会民主主義的というより新自由主義的であったため（「ボルシェビキ的方法による新自由主義的改革」！）、社会政策に関しては社会民主主義的なビジョンを示せないでいる。

これら3つの代替案のうちいずれが支配権を握るかについては未知の部分が多い。しかし、いずれにせよ、旧体制下で築き上げられた社会保障制度がそのままの状態が続くとは考えにくいし、また、新体制下でどのような改革が行なわれるにせよ、それは白紙の状態で考えることはできないだろうから旧体制下の遺産を前提とせざるをえない、ということと言えるだろう。

(1993年8月)

〈注〉

- (1) 以下については、[1][2][3][4][5]などを参照。
- (2) この点がハンガリーにおいて闇経済を生む1つの要因となっているようである。
- (3) ハンガリーの家族手当は、1人親家族の場合、子どもが6歳未満または障害児の場合には全児童に対して、また、それ以外の世帯の場合には子どもが2人以上いるときに、16歳未満の児童に対して支給される。但し、学生の場合は19歳未満まで支給され、障害児の場合には年齢制限がない[13]。
- (4) 旧共産圏では一般に医師数が多いが、そのことの原因の1つとして医師の人件費が安いことがあげられる。
- (5) この法律は、「雇用の促進、失業の予防、失業による逆境の緩和」を目的としている[9]。
- (6) なお、自発的失業者には90日間の待期が設けられた。
- (7) この調査は、ブダペストの年金生活者向け職業紹介所で求職活動をしている年金生活者を対象に、1987年と1989年に実施された。
- (8) Zsusa Ferge 教授（Eötvös 大学）からのヒアリングによる。
- (9) もっとも、ハンガリーの場合、闇経済で働いている人びとが多数おり、これらの人びとも闇経済から収入を得ていることには注意すべきであろう。この点については失業者の場合も同様で

ある。

- (10) 以下、Mihály Nyilas 教授 (Eötvös 大学) からのヒアリングによる。
- (11) 同報告書によると、生計維持水準以下の人びとがそこから引き上げるために必要な財源は、1989年時点において GDP のわずか 0.6% であり、その後の貧困の増加のことを考慮しても、国民経済の規模から考えてそれほど莫大な費用ではない。
- (12) Deacon [2 : 189-190] は、旧ソ連東欧諸国の社会政策が1989年以降に共通して直面している問題として、①失業やインフレに対するその場主義 (ad hocism)、②慈善事業への訴え、③各種補助金の削減、④医療や福祉の民営化、⑤参加型福祉の発達、⑥教育の脱世俗化および多元主義化、⑦女性の権利の後退 (育児や中絶などの問題)、⑧国家社会保障の解体 (社会保険志向)、⑨企業福利の解体とそれらの地方自治体への移管、⑩ノーマンクラトゥーラ用の特権的サービス (病院、診療所など) の廃止、⑪地方自治体の責任の増加、⑫少数民族問題の激化、⑬官僚的・政治的特権に基づく不平等から、市場に基づく不平等への移行、などの点を列挙している。
- (13) 以下、Judit Csehák 氏 (国会議員・社会党) からのヒアリングによる。
- (14) これに対して、社会党は25%の継承を主張している。その根拠は、現在2兆フォリント程度あるハンガリーの国有財産は、年金生活者を含む国民全体が低賃金によって築き上げてきたものであり、国民の25%分の権利がある、とのことだった。
- (15) 以下、Zsuzsa Ferge 教授からのヒアリングによる。

<参考文献>

- [1] Deacon, Bob, *Social Policy and Socialism : The Struggle for Socialist Relations of Welfare*, London : Pluto Press, 1983.
- [2] Deacon, Bob, "Developments in East European social policy", in Catherine Jones, ed., *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, London : Routledge, 1993.
- [3] Ferge, Zsuzsa, *A Society in the Making : Hungarian Social and Societal Policy : 1945-75*, Harmondsworth : Penguin Books, 1979.
- [4] Ferge, Zsuzsa, "Social Policy Regimes and Social Structure : Hypotheses about the prospects of Social Policy in Central and Eastern Europe" in Zsuzsa Ferge, John Eivind Kolberg, eds., *Social Policy in a Changing Europe*, Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 1992.
- [5] Hegyesi, Gabor, Anna Gondos and e va Orsós, "Hungary" in John Dixon and

- David Macrav eds., *Social Welfare in Socialist Countries*, London : Routledge, 1992.
- [6] Hungarian Central Statistical Office, *Hungarian Statistical Yearbook 1990*, Hungarian Central Statistical Office, 1991.
- [7] International Labour Office, *Economic Transformation and Employment in Hungary*, 1992.
- [8] International Labour Office, *The Cost of Social Security : 1984-1986*, 1992.
- [9] Ministry of Labour, *Act IV of 1991 on Employment Promotion and Provision for Unemployed Persons*, Budapest, 1991.
- [10] Public Relations Office of the Government's Parliamentary Secretariat, *Facts and figures on Hungary's employment policy*, Public Relations Office of the Government's Parliamentary Secretariat, 1993.
- [11] Széman, Zsuzsa, *Pensioners on the Labour Market : A Failure in Welfare*, Institute of sociology, Hungarian Academy of Sciences, 1989.
- [12] Széman, Zsuzsa, *Old and Hungry : Impoverishment of the Eldely in Hungary*, Institute of sociology, Hungarian Academy of Sciences, 1990.
- [13] U. S. Department of Health and Human Services, *Social Security Programs Throughout the World - 1989*, U.S. Department of Health and Human Services, 1990.
- [14] The World Bank, *Hungary : Refrom of Social Policy and Expenditures*, The World