

Tóth Tibor

A KÖZIGAZGATÁSI TRADÍCIÓK SZEREPE A „KÜLÖNUTAS” SVÉD JÁRVÁNYKEZELÉSBEN

The Role of Administrative Traditions in the “Special Way” of Swedish Disease Management

Dr. Tóth Tibor főigazgató, Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet; címzetes egyetemi tanár, Nemzeti Közszerológiai Egyetem

A tanulmány a 2020 márciusában világjárvánnyként azonosított koronavírusra adott kormányzati válaszok első szakaszát vizsgálja a releváns szakirodalom, elsődleges szakértői anyagok és adatbázisok alapján. Előfeltevése szerint a skandináv országok által bevezetett modellek rávilágítanak a közigazgatási és szakpolitikai tradíciók, valamint a történeti fejlődés eredményeként kialakult „útvonalfüggőség” meghatározó szerepére a járványkezelés stratégiáinak és intézményi környezetének kiépítése során. Ezt támasztja alá az általános európai gyakorlathoz képest gyakran „különutasnak” nevezett svéd járványkezelés első szakasza, amelynek gyakorlatát a közigazgatási intézmények nagyfokú önállóságára támaszkodva az önkéntesség és a szigorítások közötti egyensúly megteremtésének szándéka jellemezte. A tanulmány következtetése szerint a különböző járványkezelési stratégiák eredményességét számos tényező befolyásolja, ebben kulcsszerepet tölt be az intézményi stabilitás, amely a rugalmas változás és alkalmazkodás képességét is magában foglalja.

KULCSSZAVAK:

világjárvány, járványkezelés, közigazgatási tradíció, „útvonalfüggőség”, társadalmi fenntarthatóság

The study examines the first phase of government responses to the coronavirus, identified as a pandemic in March 2020, based on the relevant literature as well as primarily expert papers and databases. It relies on the hypothesis that the models adopted by the Nordic countries highlight the crucial role of administrative and policy traditions, as well as the “path dependency” with historical roots in the wake of building strategies and institutions for disease management. This is underlined by the first phase of Swedish disease management, often referred to as “special” in comparison with general European practice, which aimed to keep balance between voluntarism and rigour, relying on the high degree of autonomy of its administrative institutions. The study

concludes, that many factors could have an impact on the effectiveness of the different disease management strategies, within which the institutional stability, including the ability to change and adapt, plays a key role.

KEYWORDS:

pandemic, disease management, administrative tradition, “path dependency”, social sustainability

BEVEZETÉS

A 2020 januárjától rohamosan terjedő, majd március 11-én a WHO által világjárványnak nyilvánított Covid-19-vírus térhódítása egyfajta stressztesztnek bizonyult az érintett országok kormányai, közigazgatási és közszolgáltatási struktúrái, illetve a különböző társadalmi csoportok és az egyének számára. Az egyes országok járványkezelési gyakorlata, hatékonysága és adaptációs képessége a társadalmi fenntarthatóság nézőpontjából is új megvilágításba helyezte a közsféra intézményeinek működését, továbbá a társadalommal, illetve annak alrendszereivel való együttműködés történetileg kialakult gyakorlatát.¹ A világjárványra adott egészségügyi, gazdasági és szociális válaszok szakpolitikai, ágazati és területi sokfélesége ellenére az egyes országok, országcsoportok által követett válságkezelési formák jól kivehető mintái rajzolódtak ki, amelyek szerint a skandináv országok külön csoportba rendezhetők.²

Annak ellenére, hogy az említett országok kormányzati és közigazgatási berendezkedése, egészségügyi és szociális-jóléti rendszere több hasonlóságot mutat, a világjárvány kitörésére adott válaszaik különböztek egymástól.³ A járvány berobbanása erős nyomást helyezett a skandináv országok egészségügyi és szociális rendszerére, túlterhelte az orvosokat, ápolókat, ezenfelül jelentős többleterőforrásokat igényelt a járvány terjedésének lassítása, az állampolgárok tesztelése és a már fertőzöttek gyógyítása érdekében.⁴ Széles körben elfogadott az a nézet, amely szerint a járványkezelési stratégiákat és konkrét intézkedéseket számos földrajzi, nép-sűrűségi, demográfiai és népegészségügyi tényező alakította – amelyek hatása a skandináv országok esetében sem kerülhető meg –, de ritkábban esik szó a járványügyi szervek, illetve a működésüket meghatározó kormányzati és közigazgatási rendszer alkotmányos-jogi, valamint történeti-kulturális környezetéről és tradícióiról.

Az öt skandináv országra egyaránt jellemző a parlamentáris demokrácia, a jogállamiságon alapuló politikai kultúra, a független ügynökség típusú közigazgatási szervek és az erős regionális intézmények.⁵ Annak ellenére, hogy a kormányzati rendszereket érintő reformok hatására a skandináv országokon belül létező keleti és nyugati modell közötti különbség egyre

¹ BOUCKAERT et al. 2020; KUHLMANN–FRANZKE 2022; ŠPAČEK–NAVRÁTIL–ŠPALKOVÁ 2023.

² OECD 2020; OECD 2022.

³ A skandináv országok elnevezés alatt e tanulmányban Dániát, Finnországot, Norvégiát, Svédországot és Izlandot értjük.

⁴ HESHMATI–TSIONAS–RASIDGHALAM 2023; SANDBERG 2023.

⁵ LÆGREID 2017.

inkább kezd elhalványulni, néhány alapvető sajátosság mégis fennmaradt, különös tekintettel az ágazati miniszterek illetékességi és tevékenységi körére, valamint a kormány és a közigazgatás viszonyrendszerére. A hagyományos megközelítések szerint a különbségek főként abban ragadhatók meg, hogy az egyes miniszterek milyen mértékben tudják befolyásolni a portfóliójukhoz tartozó intézmények működését, továbbá – ezzel összefüggésben – milyen mértékű a közszolgáltatások, beleértve az egészségügy rendszerének centralizációja. Az úgynevezett történeti institucionalizmus felfogása azonban arra hívja fel a figyelmet, hogy az újonnan jelentkező problémákat a létező intézmények és a történelmileg rögzült problémamegoldások mintái már előzetesen megszűrjük és strukturálják. Következésképpen az új helyzetekre, válságokra adott válaszokat és döntéseket jelentős mértékben a múlt örökségeként jelentkező útvonalfüggőség (*path dependency*) determinálja.⁶ A történetileg meghatározott intézményi kontextustól és közigazgatási tradícióktól függően az egyes országok nagyon különböző válaszokat adhatnak a válságok okozta kihívásokra, illetve hasonló közigazgatási intézkedések nagyon különböző hatásokat idézhetnek elő.

Ezt támasztja alá az általános európai gyakorlathoz képest gyakran „különutasnak” nevezett svéd járványkezelés első szakasza, ami 2020 első felében a járványkezelés gyakorlatában, különösen a korlátozások mértékében, jellegében és hatásosságában öltött testet.⁷ A svéd kormány és a járványügyi hatóságok a vírus terjedésének lassítása és a gazdasági visszaesés mérséklése érdekében a kötelezően betartandó és kikényszeríthető lezárások helyett az egyéni felelősség és az önkéntesség elvére épülő ajánlásokat fogalmaztak meg a járvány első szakaszában.⁸ Míg a svéd járványkezelés az első nyolc hónapban végig a hatályban lévő alkotmányos-jogi és intézményi keretek között működött, a másik négy ország a veszélyhelyzet kinyilvánításával párhuzamosan, 2020 márciusában központosított, jelentős korlátozásokkal járó járványkezelési gyakorlatot indított el. Miután a halálozási ráta Svédországban jóval magasabb volt, mint a szomszédos országokban, a járvány második, még pusztítóbb időszakában a kormány szigorú korlátozásokat vezetett be, követve a többi európai ország gyakorlatát.

A tanulmányban azt vizsgáljuk, hogy a skandináv, ezen belül a svéd kormányzási és közigazgatási modellek, tradíciók, társadalmi adottságok és járványkezelési stratégiák hogyan és milyen mértékben befolyásolták a járványkezelés és a válságmenedzsment eszközrendszerét. Ennek érdekében az angol nyelven hozzáférhető szakirodalomra, továbbá nemzetközi szervezetek szakértői tanulmányaira és adatbázisaira támaszkodunk. Első kérdésünk arra irányul, hogy miként kapcsolódik a skandináv (északi) országokban kialakult közigazgatási tradíció a Covid-19-járványkezelés első szakaszában alkalmazott módszerekhez és eljárásokhoz. Másik kérdésünk arra keres választ, hogy minek tudható be a fejlett jóléti és közigazgatási rendszer, valamint az erős tudományos alapokon nyugvó járványkezelési stratégia ellenére a Svédországban alkalmazott „különutas” megoldások viszonylagos sikertelensége. Úgy gondoljuk, hogy a társadalmi fenntarthatóság átfogó perspektívájából a négy évvel ezelőtti járványkezelés

⁶ PIERSON 2000; SZALAI 2011.

⁷ LINDSTRÖM 2023; SAUNES et al. 2022.

⁸ A Covid-19 svédországi lefolyásával foglalkozó szakirodalom a járvány első szakaszát egységesen a 2020. március végétől 2020. október közepéig tartó időszakra teszi.

speciális problémái és az egyes országok tapasztalatai semmit nem veszítettek aktualitásukból, ami napjaink összetett válságjelenségeinek, „polikríziseinek” fényében szükségessé teszi a közintézmények működését meghatározó tradíciók és feltételek áttekintését és a tanulságok levonását.

SVÉDORSZÁG HELYE A SKANDINÁV ORSZÁGOK KORMÁNYZATI ÉS KÖZIGAZGATÁSI RENDSZERÉBEN

A skandináv országokat a parlamentáris demokrácia, a közigazgatásukat hagyományosan a jogállamiság kultúrája, az átláthatóság és az állampolgárok közszolgáltatásokhoz történő széles körű hozzáféréseinek biztosítása jellemzi. Ehhez kapcsolódik a fejlett igazgatási rendszer, a közszolgáltatásban dolgozók meritokratikus, kiszámítható életpályamodellre épülő magas szintű szakmai képzettsége, a félig autonóm központi szervek, valamint a központi igazgatás Európa többi részéhez képest nagyobb alkotmányos önállósága.⁹ A skandináv országok polgárainak nemzetközi összehasonlításban is magas szintű életminősége, az erős társadalmi kohézió, a szociális egyenlőtlenségek viszonylag csekély mértéke alapvetően a fejlett, általános hozzáférést biztosító egészségügyi szolgáltatásoknak és a jóléti szakpolitikáknak köszönhető. Az *északi jóléti modellnek* nevezett ellátási és szolgáltatási rendszer magas fokú legitimációt, bizalmat és elismertséget élvez az állampolgárok körében.¹⁰ A skandináv egészségügyi rendszerek a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálatához hasonlóan döntően költségvetési forrásokból, erős állami ellenőrzés alatt, ám többnyire decentralizált formában működnek, általános hozzáférést biztosítva az állampolgárok számára.¹¹

Az északi jóléti modell egyik legfontosabb alkotmányos elemét a decentralizált közigazgatási struktúra, a nagyfokú autonómiával és végrehajtási hatáskörökkel rendelkező helyi önkormányzatok és a félig autonóm, ügynökség típusú központi kormányzati intézmények alkotják. Kialakulásának és működésének lényeges eleme a konszenzusorientált, az együttműködés kultúrájára épülő demokratikus tradíció, valamint a közszolgáltatásokhoz való általános hozzáférést és szociális biztonságot nyújtó szociális-jóléti rendszer kiépülése.

A Svédországhoz hasonló decentralizált, unitárius szerkezetű országokban a szubnacionális (regionális) szintek kiemelkedő szerepet töltenek be a közszolgáltatás-ellátásban, aminek köszönhetően itt is tetten érhetők az ágazati politikák és helyi/területi önkormányzatok vertikális és horizontális koordinációjára épülő többszintű kormányzás változatos formái.¹² A legtöbb európai állammal összehasonlítva, a skandináv országok regionális intézményei jelentős pénzügyi és funkcionális autonómiával és döntéshozatali jogosítványokkal rendelkeznek, különös tekintettel az oktatás, az egészségügy és a szociális ellátáshoz fűződő szolgáltatások terén.

⁹ LÆGREID 2017.

¹⁰ HOLMBERG–ROTHSTEIN 2017; FOSSE–HELGESEN 2019.

¹¹ A svéd egészségügyi kiadások a 2018-as adatok szerint a GDP 10,9%-át tették ki, amelyek mintegy 85%-a adóbefizetésekből származott (HESHMATI–TSIONAS–RASHIDGHALAM 2023: 337.).

¹² KUHLMANN–FRANZKE 2022.

Ez nem jelenti azt, hogy a skandináv gyakorlat a „kicsi és gyenge állam” neoliberais alapjaira épül. Ellenkezőleg, az északi országok politikai kultúrájában meghatározó szerepet tölt be az „erős állam” és annak kiterjed újraelosztási feladatrendszere, továbbá a működés hatékonyságát, mérhetőségét és átláthatóságát biztosító jogállamiság eszközrendszere. Mivel a skandináv államok kormányzati és igazgatási gyakorlata sok hasonlóságot mutat, a közöttük meglévő különbségeket a közös háttér figyelembevételével lehet kimutatni.

A skandináv kormányzás és közigazgatás jellegzetességeit jelentősen meghatározza fejlődésük történeti háttere, valamint a történeti institucionalista elméletből ismert az útvonalfüggőség logikája, amely szerint a jelenben zajló szakpolitikai folyamatok döntően a múltbeli döntésektől függenek. Ennek során egy lineáris, ok-okozati logika alapján működő fejlődési pálya (rendszer) alakul ki, ami gyakran a változásoknak ellenálló bezáródáseffektus (lock-in) kialakulásához vezet.¹³

A skandináv országok politikai-közigazgatási rendszerét tekintve a szakirodalom hagyományosan két modellt különböztet meg.¹⁴ A nyugat-skandináviai országokra (Dánia, Izland, Norvégia) a centralizált hatalmi struktúra jellemző, ahol az ágazati miniszterek erős irányítási, vezetési és utasítási jogkörökkel rendelkeznek a hatáskörükbe tartozó ügyekben. A duális kelet-skandináviai modellben (Svédország, Finnország) a közigazgatási szervek jelentős autonómiájának és humán erőforrás-állományának alapja az *arm's length principle*, azaz a függetlenségi alapelv, amely jogszabályban rögzíti az adott szerv pénzügyi, személyzeti és szakmai önállóságát.¹⁵ Ebből fakadóan a kormányzat lehetőségei a szervezeti hierarchiában alárendelt szervek közvetlen utasítására – a formális jogi és költségvetési kereteken kívül – meglehetősen korlátozottak. Közvetett módon azonban képes közvetlen befolyást gyakorolni a közigazgatási szervekre a jogalkotás és a költségvetés formájában, hatása azonban nem terjed ki azokra a feladatokra és hatáskörökre, amelyeket a hatályos törvények az érintett közigazgatási szervekhez rendelnek.

A duális keleti modell a legtisztább formában Svédországra jellemző, ahol a kormány és a minisztériumok, valamint a központi igazgatási szervek működése formálisan és egyértelműen elhatárolható. Utóbbiak félig autonóm jellege a miniszterek korlátozott beavatkozási és utasítási jogkörére vezethető vissza. A működésükre vonatkozóan a kormány testületi szavazással dönt, a miniszterek pedig nem utasíthatják őket konkrét esetekben, és a döntéseket sem befolyásolhatják. Ez azért lehetséges, mert a svéd alkotmány a szakminisztereket nem az adott minisztérium vezetőjeként, hanem a kormány mint kollektív testület tagjaként definiálja. A közigazgatási szervek tehát a kormányzat egésze, nem pedig az érintett szakminisztérium alá tartoznak. A járványkezelés szempontjából érdemes megemlíteni, hogy a tudományos eredmények, a gyakorlati tapasztalatok, a közszektor szakmai véleménye és álláspontja magas presztízzsel bír a kormányzás gyakorlatában, a lakosság hatóságokba vetett bizalma pedig kiemelkedően magas.¹⁶

¹³ SZALAI 2011: 45.

¹⁴ LÆGREID 2017: 84.

¹⁵ HAJNAL–VIDA 2017: 24.

¹⁶ LÆGREID 2017: 85.

A többszintű svéd kormányzati és közigazgatási rendszer „tetőszerkezetét” – legalábbis a járvány kitörésének első szakaszában – a modern kormányzás gyakorlatát követve a kormányzati központ alkotta, magában foglalva a Miniszterelnöki Hivatalt, a Közigazgatási Ügyek Hivatalát, valamint 11 minisztériumot. Az egyes minisztériumok alá nagyszámú, ügynökség típusú közigazgatási szerv tartozott, így a járványkezelés szempontjából kiemelt fontosságú Svéd Közegészségügyi Hatóság (*Folkhälsomyndigheten*), a Nemzeti Egészségügyi és Jóléti Hatóság, továbbá a Svéd Katasztrófavédelmi Hatóság.¹⁷ A közegészségügyi hatóság feladatkörét alkotta a járványkezelés országos szintű koordinálása, az intézkedések végrehajtásához szükséges feltételek biztosítása, a regionális és helyi szintű beavatkozások nyomon követése és ellenőrzése, valamint a gyógyszeripari termékek felhasználására vonatkozó szabályok alkotása. A katasztrófavédelem elsősorban a járvány ösztársadalmi hatásainak nyomon követéséért és értékeléséért volt felelős. A rendszer középszintjét 21 régió alkotja, amelyek feladata az alap- és sürgősségi egészségügyi szolgáltatások ellátása, míg a 90 helyi önkormányzat biztosítja a fogyatékkal élők és az idősek ellátását. Emellett a regionális és helyi hatóságok, regionális orvoscsoportok számos operatív feladatot végeztek el az egyes régiók által külön-külön létrehozott járványügyi készültségi terv alapján.¹⁸

Mint említettük, a kormányzat rendelkezik olyan pénzügyi és „puha” jogi eszközökkel, amelyek segítségével képes közvetett módon ellenőrzés alatt tartani a közigazgatás intézményeit. Legfontosabb formális ellenőrzési eszközei az utasítások, amelyek formájában jóváhagyják az adott intézmény stratégiáját, belső működését, költségvetését, a kiadási tételeket, továbbá a meritokrácia elvének figyelembevételével határozott időre vezetőket neveznek ki. A formális utasítások mellett a kormányzati központ és a közigazgatás intézményei közötti kapcsolattartást a kölcsönös előnyökön (információszerzés az egyik, érdekvédelem a másik oldalon) alapuló informális kapcsolatok is segítik, ami a járványkezelés során is fontos szerepet játszott.

A svéd közigazgatás kormánytól és parlamenttől való, alkotmányba foglalt függetlensége ellenére tehát a kormány képes befolyást és ellenőrzést gyakorolni az érintett intézmények felett. Az alkotmány azonban a parlamentnek lehetővé teszi, hogy jogszabályi formában ideiglenes felhatalmazást adjon a kormány számára olyan intézkedések meghozatalára, amelyek közvetlenül is utasíthatják a közigazgatás szereplőit, illetve adott esetben kikényszeríthetik az utasítások végrehajtását. E formálisan létező lehetőségek ellenére feltevésünk szerint a svéd közigazgatás autonómiájának évszázados tradíciója és útvonalfüggősége lehet az egyik lényeges magyarázata a különutas svéd járványkezelési stratégia kibontakozásának 2020 tavaszán.

¹⁷ Az ügynökség típusú szervek száma 2020 januárjában 341 volt, összesen mintegy 229 ezer alkalmazottal rendelkeztek, szemben a Kormányzati Központ 4600 tisztviselőjével (DAHLSTRÖM–LINDVALL 2021: 12.).

¹⁸ HESHMATI–TSIONAS–RASHIDGHALAM 2023: 337.

A SVÉD JÁRVÁNYKEZELÉSI STRATÉGIA KÖRNYEZETE ÉS SAJÁTOS ELEMEI

Az Egészségügyi Világszervezet 2020. március 11-én a koronavírus globális terjedését világjárványnak nyilvánította.¹⁹ A járványügyi helyzet, a regisztrált fertőzések számának makroregionális, országos és területi megoszlása ugyan jelentős eltéréseket mutatott, de az egyes országok által adott válaszok hűen tükrözték az alkotmányos-jogi, a közigazgatási és az egészségügyi intézményrendszer sokszínűségét és rugalmasságát. Az első hetekben a skandináv országok sem rendelkeztek a világjárvány elleni készültségi tervvel, illetve megfelelő jogi és szakpolitikai (katasztrófavédelmi, járványkezelési) eszközökkel a világjárvány kezelésére. A kormányok így arra kényszerültek, hogy rövid távon a rendelkezésre álló eszközöket alkalmazzák, illetve a korábbi válságok kezelése során bevált megoldásokat aktualizálják.²⁰

Miután február végére már valamennyi északi államban regisztráltak koronavírusos megbetegedéseket, március folyamán Finnország, Izland és Norvégia országos veszélyhelyzetet hirdetett, Dánia, Finnország és Norvégia pedig részleges lezárásokat vezetett be. Annak ellenére, hogy január 31-én megtalálták az első fertőzöttet az országhatáron belül, a járvány első heteiben Svédország „nyitva” maradt, az egészségügyi hatóságok pusztán a kellő óvatosságra figyelmeztettek, különösen az idősothtonok és az egészségügyi intézmények látogatásával kapcsolatban.

A járvány első jeleinek a 2020. februári megjelenésétől számított egy hónapban valamennyi skandináv ország a saját maga által létrehozott szabályok és útmutatások alapján szállt szembe a vírus terjedésével, amelynek során meghatározó volt az egészségügyi hatóságok és szakemberek szerepe. A világjárvány hivatalos bejelentése azonban Dánia, Finnország, Izland és Norvégia esetében fordulóponthozott a tudományos-szakmai álláspontok és a politikai vezetés viszonyában. A megfelelő oltóanyag és orvosi beavatkozások hiányában a korlátozó és károkat enyhítő intézkedések kerültek előtérbe, amit csupán a kellő legitimációval rendelkező politikai szereplők voltak képesek viszonylag rövid időn belül végrehajtani, illetve szükség esetén kikényszeríteni. A felsorolt négy ország a többi európai államhoz hasonlóan korlátozásokat, utóbb különböző mértékű lezárásokat (*lockdown*) vezetett be a társadalmi érintkezések minimalizálása érdekében, Finnország, Izland és Norvégia pedig ezen túlmenően veszélyhelyzetet hirdetett.

Amennyiben a járványkezelési stratégiák vizsgálatát a keleti és a nyugati skandináv modell egy-egy mintaországának összevetésére szűkítjük, szembetűnő különbség mutatkozik Svédország „puha”, a meglévő alkotmányos, igazgatási és járványegészségügyi kereteken belül maradó, azokat legfeljebb módosító, illetve Dánia azonnali beavatkozásokat igénylő, centralizált és kötelező érvényű korlátozásokon alapuló megközelítése között. Az operatív lépések közötti különbségeket azok időzítése mutatja a legjobban. A kormányzati válaszok tényleges

¹⁹ A járvány időszaka alatt a világ mintegy 200 országából jelentettek fertőzések megbetegedéseket, a 2024. áprilisi, utoljára közzétett adatok szerint koronavírus halálos áldozatainak száma 7,011 millió (Worldometer 2024).

²⁰ Az izlandi kormány például a 2008-as globális pénzügyi válság tapasztalataira támaszkodva elsősorban a háztartásokra nehezedő negatív hatások enyhítését tartotta prioritásnak.

feltérképezéséhez, nyomon követéséhez és az általuk kiváltott hatás értékeléséhez jó alapot biztosít az Oxfordi Egyetem által 2020–2022 között folyamatosan kiadott index (Oxford University Government Response Index, a továbbiakban: OxGRSI). Az OxGRSI 185 országra kiterjedően, azonos szempontok alapján, összemérhető módon, 0-tól (nincs kormányzati válasz) 100-ig (elméletileg teljes körű kormányzati válasz) terjedő aggregált értékek alapján mérte a kormányzati válaszok hatókörét. Az index négy hatásterülethez kapcsolódva 25 indikátort tartalmaz: korlátozások és lezárások (például alapfokú oktatási intézmények), gazdaság (kieső bevétel miatt növekvő adósság és kintlévőségek), egészségügyi rendszer (tesztelés, oltási hajlandóság) és egyéb intézkedések (információs kampányok). A 2020. március 16. és június 30. közötti indexértékek változásai azt mutatják, hogy Svédország a kezdeti, kirívóan alacsony válaszadási intenzitást követően április közepétől kezdte meg a felzárkózást, és május végére már meg is előzte a fokozatos lazításokat bevezető Dániát. Innentől már mindkét ország engedett a szigorításokból, de Svédország számai még június végén is kismértékben meghaladták a dán értékeket.²¹ Ebből arra lehet következtetni, hogy az időzítés meghatározó szerepet játszott a járványkezelés eredményességében. Svédországban a március közepétől június végéig tartó időszakban 5310, míg Dániában 605 fő hunyt el a koronavírus következtében.²² Egy másik számítási mód szerint Svédországban a járvány első szakaszában ötször annyi volt az egy főre jutó koronavírus-áldozatok száma, mint Dániában.²³

A Svédországban alkalmazott járványkezelési stratégia lényege tehát az volt, hogy a kötelező érvényű, korlátozó intézkedések bevezetése helyett márciusban és április elején a járványkezelési intézmények az egyéni felelősségre és az önkéntes végrehajtásra alapozó ajánlásokat fogalmaztak meg, amelyek lényegesen lazábbak voltak, mint a szomszédos északi országok hasonló, kötelező érvényű intézkedései. Ezzel összhangban a közegészségügyi hatóság által március közepén közzétett és májusig érvényben lévő ajánlás szerint a tesztelést kizárólag a kórházi ápolásban részesülő személyek és a magas kockázatú csoportokba tartozó állampolgárok esetében kell elvégezni.²⁴

A járványkezelés stratégiájának középpontjába a kormány a koronavírus terjedésének mérséklését, a vírus terjedésének „ellaposítását” állította azzal a céllal, hogy tudományos elemzésekkel alátámasztott, megfelelően időzített döntésekkel korlátozza az egészségügyre nehezedő nyomást, védje a megbetegedés kockázatának leginkább kitett társadalmi csoportokat, a társadalmi fenntarthatóság érdekében pedig biztosítsa a társadalom és a gazdaság nyitottságát és működőképességét. Ennek jegyében sok más intézkedés, így a nyilvános rendezvényeket látogató személyek számának, az idősothonok látogatásának, a jelenéti oktatásnak, a külföldi beutazásoknak, az éttermi étkezéseknek és a zárt térben zajló egyéb szórakozási lehetőségeknek a korlátozása lassabban és gyengébb hatásfokkal történt meg, mint a szomszédos országokban. Mindez feltételezte az egyéni felelősségérzet és fegyelmezetttség össztársadalmi értelemben is magas szintjét, ami a járványkezelés gyakorlatában sokféle módon nyilvánul meg, többek

²¹ University of Oxford [é. n.].

²² World Health Organization 2020.

²³ LINDSTRÖM 2023: 757.

²⁴ LINDSTRÖM 2023: 754.

között a szociális távolságtartás, az idős emberek és a járvány szempontjából kiemelt kockázatú társadalmi csoportok védelme, az önkéntes karanténba vonulás, valamint a közösségi rendezvényektől való távolmaradás terén. Más tekintetben viszont, ideértve a nyilvános események megtartásának fokozatos szigorítását, a munkaerőpiacra ható intézkedéseket, valamint a korlátozások által hátrányosan érintett üzleti szereplők megsegítését, a svéd kormány intézkedései a többi skandináv ország gyakorlatához igazodtak.

Fontos kiemelni, hogy a válság első hat hónapjában az északi országok járványkezelési politikája többször is változott, a súlypont a járványügyi helyzet alakulásától függően hol az országos, hol a helyi szintekre helyeződött. Ebből a szempontból a két végletet Svédország és Izland jelentette. Az előbbi az önkéntességen alapuló és decentralizált modellt részesítette előnyben a járvány teljes időszaka alatt, amelynek során az alkalmazott szakpolitikai eszközök folyamatosan változtak az egyes szakaszokban. Az utóbbi esetében viszont szembevetendő volt az állandóság és a következetesség, ami főként a járványkezelésben érintett intézmények, az egészségügyi rendszerszintek viszonylag kis számának köszönhető.²⁵

A KÜLÖNUTAS SVÉD JÁRVÁNYKEZELÉS GYAKORLATA ÉS EREDMÉNYEI

Mint említettük, a svéd járványkezelés első szakaszának gyakorlati intézkedései döntően a közegészségügyi hatóság állásfoglalására épültek, amely a korlátozó, kikényszeríthető és szankcionálható intézkedések helyett az önkéntesség elvén alapuló „puha” eszközökre, ajánlásokra és tanácsokra helyezte a hangsúlyt. Már a járvány kitörése előtt nem sokkal, 2019 végén a hatóság egy jelentés formájában (*Pandemic Preparedness*) összegezte azokat az elveket és eljárásokat, amelyek megteremtik a megfelelő felkészültség alapjait egy esetleges világjárvány kitörése esetén.²⁶ A jelentés szerint a svéd járványkezelés stratégiája három fő célkitűzésre épül: a megbetegedések és a halálozások számának minimalizálása; a járványkezelés egyénre és társadalomra háruló negatív következményeinek mérséklése; a járványgörbe ellaposítása. A stratégia gyakorlati megvalósítása azon az előfeltevésen alapult, hogy a járvány első szakaszában még viszonylag korlátozottak a lehetőségek a fertőzés terjedésének lassítására és a hatásos orvosi kezelésekre. A járvány hatásait így kezdetben az orvosi és gyógyászati beavatkozásokon kívüli eszközökkel (szociális távolságtartás, rendszeres kézmosás, a köhögésre vonatkozó etikett betartása, megbetegedés esetén önkéntes karanténba vonulás, nyilvános rendezvények elkerülése, iskolák bezárása) lehet kezelni. A jelentés azt is nyilvánvalóvá tette, hogy mivel a felsorolt intézkedések feltétlen és nagyfokú hatásosságát az orvostudomány kutatásai nem támasztották alá egyértelműen, adott körülmények között szükségessé válhatnak az össztársadalmi érdekek figyelembevételével meghozott, korlátozó jellegű politikai döntések is. A svéd járványkezelés gyakorlatát tehát a pandémia első szakaszában az önkéntesség és a szigorítások közötti egyensúly megteremtésének szándéka jellemezte, ami egyidejűleg

²⁵ SAUNES et al. 2022.

²⁶ DAHLSTRÖM–LINDVALL 2021: 14.

próbálta figyelembe venni a korlátozó intézkedések járványügyi hatásait, illetve az ezzel párhuzamosan jelentkező gazdasági és társadalmi költségeit.

A különböző szempontok és prioritások közötti lavírozás a jogi keretek kialakításában is megmutatkozott. Mivel a hatályos jog nem teszi lehetővé a veszélyhelyzet kihirdetését, a svéd kormány a 2004-ben elfogadott, a fertőző betegségekre vonatkozó törvény (a továbbiakban: 2004-es törvény) ideiglenes módosítása mellett döntött, ezenkívül a válságkezelés a megszokott, a testületi elvre épülő kormányzásra és az autonóm módon működő közigazgatásra támaszkodó intézményi keretek között zajlott.²⁷ A közigazgatás és az egészségügy működésére vonatkozó tradíciók fennmaradása azt jelentette, hogy a járvány első szakaszában a lakosságnak szóló ajánlásokat és operatív döntéseket nem a választott politikusok, hanem járványügyi szakemberek és a közigazgatás érintett tisztviselői hozták meg. A gyakorlatban tehát a közegészségügyi hatóság iránymutatásai és állásfoglalásai határozták meg a járványkezelés stratégiáját és operatív intézkedéseit 2020 első felében.²⁸ A 2004-es törvény széles körű, kötelező érvényű intézkedések meghozatalának lehetőségével ruházta fel a regionális szinten működő, fertőzésellenőrzést végző orvosokat és egészségügyi szakembereket, beleértve a karantén, az elkülönítés és az utazási korlátozások bevezetésének az eseteit. A kormány és a helyi és regionális hatóságok országos szövetsége egyezmények keretében rögzítette a sikeres járványkezelés feltételeit, illetve a kormány külön nemzeti koordinátort nevezett ki a régiókban zajló oltási programok felügyeletére.²⁹ A törvény nem rendelkezett az országos léptékű karantén és lezárás lehetőségéről, de kiemelte az egyén felelősségét a tesztelés, a kontaktkutatás, az önkéntes karanténba vonulás, a szociális távolságtartás és általában az ajánlások betartása tekintetében. Az önkéntességen alapuló járványkezelés 2020 tavaszán így szervesen következett a fennálló törvényi rendelkezésekből és a folyamatos elemző munkára épülő orvosszakmai állásfoglalásokból.

Figyelemre méltó, hogy a legtöbb, utóbb meghozott korlátozó és egyben kötelező érvényű intézkedés és szakpolitika alapjául nem a 2004-es törvény, hanem más jogi normák szolgáltak. Például a közrend védelméről szóló törvény szabályozta a közösségi rendezvények és események megtartásának rendjét, ötven főben állapítva meg a résztvevők számának felső határát. Ez az intézkedés ugyanakkor jól mutatja az ehhez hasonló korlátozó intézkedések ellentmondásait, mivel ötven ember üzletekben, bevásárlóközpontokban tartózkodhat, színházak vagy sportrendezvények nézőterein azonban már nem. Megemlítendő még a szociális szolgáltatásokról szóló törvény, amelynek március végi módosítása tilalmazta az idősoththonok lakóinak meglátogatását, vagy a svéd társasági törvény, amely a megfelelő biztonsági előírások betartása mellett lehetővé tette ülések és találkozók megtartását.

Hiba lenne azonban a svéd járványügyi intézkedések „puha”, önkéntességen alapuló mivoltát kizárólag a szigorításokat és korlátozásokat magában foglaló törvények hiányából levezetni. A kormánynak – amennyiben a centralizált válságkezelési stratégia mellett dönt – lehetősége lett volna megkerülni az alkotmányos korlátokat. Ennek jegyében a járvány első hullámának tetőzésére időzítve, 2020 áprilisában a svéd parlament új törvényt fogadott el, amely ideiglenesen

²⁷ Act on Communicable Diseases 2004.

²⁸ DAHLSTRÖM–LINDVALL 2021: 12.

²⁹ SANDBERG 2023: 4.

felhatalmazta a kormányt, hogy rendeletek formájában szükség esetén jóval drasztikusabb intézkedéseket hozzon az eredményes járványkezelés érdekében – ám a kabinet 2020-ban még nem élt ezzel a lehetőséggel.

A járványkezelés operatív intézkedéseit az első szakaszban az a szakmai-tudományos előfeltevés határozta meg, amely szerint egy ismeretlen betegségre egy már ismert protokollt alkalmaztak, azaz ugyanúgy jártak el, ahogyan egy nagyobb influenzajárvány esetében tették volna. A járványügyi szakemberek álláspontja szerint ugyanis a tünetmentes egyének nem fertőznek, így nem kell tartani a járvány áttérjedésének tömegessé válásától. Ezen megfontolások alapján a vírus terjedésének lassítása, a járványgörbe ellaposítása érdekében próbáltak mérsékeltebb, többféle szempontot mérlegelő, középutas megoldásokat találni. Március első felében azonban már tömeges megbetegedéseket jelentettek mindenekelőtt Stockholm és Västra Götaland régiókból, aminek következtében a közegészségügyi hatóság előbb magas kockázattúra módosította a járvány tömeges elterjedésének lehetőségét, majd március 11-én betiltotta az 500 fő feletti rendezvényeket. Március közepétől – amikor már kezdett emelkedni a fertőzöttségi ráta – a kormány, a közegészségügyi hivatal, valamint az egészségügyi és jóléti bizottság további ajánlásokat bocsátott ki. Ezek között szerepelt a tömeges jelenléttel járó események és helyszínek kerülése, a fizikai értelemben vett érintkezési formák (ölelés, kézfogás) felfüggesztése, a távmunka elrendelése, egyes képzési formákban online oktatás bevezetése, távolmaradás a társadalmi eseményektől, éttermek, bárók, kávéházak esetében legfeljebb 50 fő jelenlétének engedélyezése, valamint a nem nélkülözhetetlen utazások elhalasztása. Ezzel elviekben Svédországban is megvalósult a lezárás, a járványkezelés során világszerte elhíresült „lockdown”, azzal a lényeges különbséggel, hogy a korlátozó intézkedések többsége azon az előfeltevésen alapult, hogy a társadalom egyrészt elfogadja, másrészt önként és fegyelmezetten végrehajtja azokat.

A katasztrófavédelmi ügynökség 2020. március 21-től kérdőíves felmérések révén folyamatosan értékelte a lakosság magatartásának változásait. Az eredmények azt mutatták, hogy 2020 első felében a válaszadók meggyőző többsége valamilyen módon változtatott addigi életvitelén, különös tekintettel a kézmosások gyakoriságára és a szociális távolságtartás betartására. Azt ugyanakkor nehéz megítélni, hogy a mindennapi életben megnyilvánuló szokások és rutin-szerű cselekvések változásai milyen tényleges hatásokat váltottak ki a járvány megfékezésében. A közegészségügyi hatóság 2020 tavaszán végzett felmérése szerint a svédek több mint 80%-a változtatott a viselkedésén a járvány alatt, például a társadalmi távolságtartás gyakorlásával, a tömegek és a tömegközlekedés elkerülésével, valamint az otthoni munkavégzéssel. Az összesített telefonos helyadatok megerősítették, hogy a svédek mobilitása jelentősen csökkent a járvány idején.³⁰ Ezen intézkedésekkel érdemes szembeállítani azokat, amelyeket – a többi európai országtól eltérően – nem vezettek be. Nem zárták be az általános iskolákat, nem szünetelt a jelenléti oktatás a középiskolák alsóbb évfolyamain, nem adtak ki ajánlásokat a tömegközlekedésen történő maszkviseléssel kapcsolatban, nem korlátozták az országon belüli utazásokat, az országba belépőknek nem kellett egészségügyi vizsgálaton átesniük, adott esetben karanténba vonulniuk.

³⁰ DAHLSTRÖM–LINDVALL 2021: 10.

A járvány megelőzése felé tett lépésekkel párhuzamosan a svéd kormány számos intézkedést vezetett be a járvány okozta gazdasági károk enyhítése érdekében. Ezek közül a legnagyobb költséget a vállalatok számára lehetővé tett rövidített munkaidő állami kompenzálása jelentette, először a munkaidő 60%-ának, majd május, június és július hónapokban 80%-ának erejéig. A vállalatok számára a becsült forgalomcsökkenés alapján közvetlen állami támogatások is elérhetővé váltak, továbbá a kormány ideiglenesen csökkentette a fizetendő társadalombiztosítási járulékok mértékét, valamint átvállalta a táppénzfizetés kötelezettségét és annak anyagi terheit.

A járványkezelés eredményessége két „kemény”, statisztikai mutatóval, a többlethalalozások számával és a gazdasági visszaesés mértékével válik mérhetővé. A Bloomberg által készített, 2021. október 21-én közzétett összesítés szerint Svédország az egymillió főre eső halálozások tekintetében kedvezőbb mutatóval rendelkezett (1449), mint Belgium (2248), Olaszország (2170), az Egyesült Királyság (2070) vagy Franciaország (1759). Ugyanakkor a számok kedvezőtlenebbek például Németország (1134), Svájc (1298), Ausztria (1251) vagy Hollandia (1075) adataihoz képest. Ha viszont a svéd adatokat a környékbeli, északi országokéval hasonlítjuk össze, akkor már egészen más megvilágításba kerül a különutas svéd járványkezelés eredményessége. Ebben az összehasonlításban Svédország mutatói messze a legrosszabbak. A járvány kitörésétől 2021. október 21-ig a svéd elhalálozási adatokkal szemben Dániában 460, Finnországban 200, Norvégiában 160, Izlandon pedig 90 volt ez az érték.³¹

A gazdasági visszaesés mértékét tekintve Svédország sokkal jobban teljesített az EU átlagánál, és jobban, mint a skandináv országok többsége. Az Eurostat adatai szerint míg az EU egészében 5,6%-kal, Svédországban csak 2%-kal csökkent 2020-ban a GDP. A visszaesés mértéke Dániában 1,8%, Izlandon 6,9%, Norvégiában 1,3%, Finnországban pedig 2,4% volt ugyanebben az évben.³²

A járvány kezdeti szakaszának válságkezelését viszonylag széles körű szakmai-politikai konszenzus övezte. Noha hivatalosan sohasem ismerték el, a svéd hatóságok valójában a nyáj-immunitásra számítottak, azt hangoztatva, hogy náluk már sokkal többen átestek a betegségen, mint másutt. A tények azonban nem ezt mutatják. Becslések szerint az első hullámban a svédek 6–10%-a fertőződött meg, ami korántsem jelenti azt, hogy ennyi ember immunis is lett a vírusra. Ennél konkrétabb, mérésen alapuló adat, amely szerint az elvárt 60–70%-os átfertőzéshez képest Stockholmban a kiemelkedően magas halálozással mindössze 17%-os átfertőzés áll szemben, pontosan annyi, mint például Londonban vagy New Yorkban.³³

2020 tavaszán azonban egyértelművé vált, hogy a halálos áldozatok száma Svédországban jóval magasabb, mint a szomszédos északi országokban, és az átfertőzés aránya is jócskán elmaradt a tervezettől. A jobboldali ellenzéki pártok erős kritikával illették a balközép kormányt a szerintük túlságosan óvatos járványkezelés miatt, és követelték a tesztelés következetesebb és szigorúbb alkalmazását, a szélsőjobboldali Svéd Demokraták pedig külön az iskolák bezárását. A pártok vezetőinek részvételével 2020. június 7-én megtartott televíziós vita egyértelművé tette a politikai konszenzus felbomlását és a törésvonalak elmélyülését. Az áldozatok magas,

³¹ KOMÓCSIN 2021.

³² Eurostat [é. n.].

³³ ORLOWSKI–GOLDSMITH 2020: 294.

a többi skandináv országot jóval felülmúló számára hivatkozva az ellenzéki pártok követelték egy szakbizottság összehívását azzal a céllal, hogy még a 2022-ben esedékes választások előtt világítsa át a svéd járványkezelés stratégiáját, és értékelje annak eredményességét. A bizottság 2020. december 15-én kiadott első jelentése megállapította, hogy a kormány komoly hibákat követett el az idősök védelmét és más fontos járványügyi intézkedést (tesztelés, kontaktkövetés) illetően, mivel alábecsülte a járvány terjedésének sebességét és a rendelkezésre álló egészségügyi (humán és anyagi) kapacitások mértékét.³⁴

A számok fényében nehéz eldönteni, hogy sikeres volt-e a különutas svéd járványkezelés. Talán a legfontosabb mérőszám mégis a többlethalálozás, ami 2020 tavaszán jóval magasabb volt a svédekénél, mint a többi skandináv országban, de világsszinten is a legmagasabbak közé tartozott. Később ez a szám visszaesett, összességében pedig végül az európai uniós átlag alatt maradt.³⁵ A járvány során következő hullámaiban viszont a svéd járványkezelés különutas jellege eltűnt, alapvetően az Európában alkalmazott mintákat követte. Az is tény viszont, hogy a járvány lefolyása alatt és után a halálozások mellett egyéb, többek között gazdasági, mentális, más egészségügyi (poszt-pandémiás) hatások is jelentkeznek. Ezen szempontok alapján azonban felmerül a kérdés, hogy egy sokak által modellnek vélt ország esetében a járványügyi intézkedések vagy az ország sajátosságai fontosabbak-e ebben a kérdésben. Tanulmányunk következtetései során a bevezetésben megfogalmazott kérdések mellett erre kívánunk részleges választ adni.

KÖVETKEZTETÉSEK

A Covid-19-világjárvány kitörése a legtöbb országban felszínre hozta az egészségügyi rendszerek gyengeségeit és erősségeit, ám a válságkezelés folyamata, a változásokhoz való rugalmas és egyben szintlépést eredményező alkalmazkodás (reziliencia) egyúttal a közigazgatási struktúrák fejlődési pályájának és tradícióinak meghatározó szerepére is rávilágított. A járvány rohamos terjedése rövid idő alatt radikális korlátozó intézkedések meghozatalára kényszerítette a politika és a közigazgatás szereplőit. Ennek folyamán beigazolódott, hogy az intézmények „ragadósak” (*sticky institutions*), tartós szabály- és szokásrendszerek hordozói, amelyek képesek tartósan ellenállni a környezet változásaival szemben. Ha a változás mégis bekövetkezik, azt gyakran valamilyen külső hatás, válság, kritikus fordulópon (critical juncture) indítja el. Az útvonalfüggőség elve azonban arra hívja fel a figyelmet, hogy amennyiben a változások költségei meghaladják az intézményi stabilitásból származó előnyöket, bekövetkezik a bezáródás, a lock-in hatás, amelynek következtében az eredeti berendezkedés a már kialakult, „ragadós” pályán rögzíti az intézményeket.

Ha a tanulmányunk első kérdésére ebből a nézőpontból próbálunk választ adni, a világjárvány első szakaszának vizsgálata igazolta azt az előfeltevést, amely szerint a skandináv országok

³⁴ LINDSTRÖM 2023: 755.

³⁵ Eurostat [é. n. b]. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Deaths_during_the_COVID-19_pandemic

járványkezelési gyakorlatában az alapvető hasonlóságok mellett lényeges különbségek is mutatkoztak. E különbségek még nyilvánvalóbbá váltak a nyugati, illetve a keleti modellbe tartozó országok összehasonlítása során, ami azt is egyértelművé tette, hogy a kormányzati struktúra és a közigazgatási tradíciók – az egészségügyi rendszer működését is ideértve – alapvetően meghatározták a járványkezelés stratégiai és operatív megvalósítását. Svédország és Finnország a decentralizáció mértékét tekintve jelentősen eltér Norvégiától és Dániától, míg Izlandot, Finnországot és Norvégiát a formális jogi intézkedések túlsúlya különbözteti meg a puha eszközök alkalmazásának is teret adó Dániától és Svédországtól. Dánia, Finnország, Izland és Norvégia járványkezelést érintő döntései a politikai szereplők és a tudományos-szakmai közösségek szoros, intézményesített együttműködése alapján születtek meg. Svédországban ezzel szemben a politikusok igyekeztek távol maradni a konkrét döntésektől, a járványügyi ajánlások és állásfoglalások megtételét szakértői csoportokra, valamint a közegészségügyi hatóságra bízták. További különbség, hogy míg a helyi és regionális szintek Dániában, Finnországban, Izlandon és Norvégiában elsősorban a központi (országos) szinten meghatározott döntések végrehajtását látták el, Svédországban a helyi és területi szereplők a közegészségügyi hatóság által kiadott útmutatókon belül jóval több diszkrecionális hatáskörrel rendelkeztek.

A második kérdés – miben mutatkozik meg a svéd járványkezelés különutas jellege, és hogyan értékelhető működésének eredményessége – a tradíciók meghatározó szerepe mellett a változásokra nehezebben reagáló lock-in hatás szerepére hívja fel a figyelmet. Svédország kormánya számára már a pandémia első szakaszában rendelkezésre álltak a szigorítások és korlátozások bevezetéséhez szükséges alkotmányos-jogi keretek, amelyek gyakorlatba való átültetése marginálisan valósult meg a járványkezelési stratégia és a hozzá kapcsolódó intézmények széles körű – noha nem kritikátlan – szakmai, politikai és társadalmi elfogadottsága következtében. Ennek eredményeként kritikus fordulópontra, a lock-in hatásból való részleges kiszabadulásra csak a járvány második szakaszában, 2020 késő ősztől következett be, ami ugyan gyökeres változást hozott a járványkezelés stratégiájában és intézkedéseiben, ám az intézményi struktúra elemei változatlanok maradtak.

Következtetésünk szerint a fentiekből következő „beragadás” jelensége három pilléren alapult. Először is, a döntéshozók a szigorítások kedvező járványügyi hatásaihoz képest veszélyesebbnek tartották a lezárások gazdasági és társadalmi költségeit. Ennek hátterét az alkotmányos-jogi keretek és közigazgatási tradíciók mellett az egészség holisztikus, nem kizárólag fizikai, hanem gazdasági, jóléti, mentális szempontokat is szem előtt tartó megközelítése alkotta. Másodsorban, a svéd kormány – tiszteletben tartva a politika és a közigazgatás hagyományos viszonyrendszerét és az utóbbi széles körű autonómiáját – nem kérdőjelezte meg az egészség- és járványügyi intézmények állásfoglalását és ajánlásait, amelyek a járványgörbe ellaposítását állították a járványkezelés stratégiájának középpontjába. Harmadszor, a lehetséges világjárványokra való felkészülés tervezése során elegendőnek vélték a regionális és helyi szintek járványkezelési kapacitásait. A három pillér közös nevezőjét az ügynökség típusú közigazgatási szervek nagyfokú autonómiája, a tényeken alapuló tudományos magyarázatok magas presztízse, végső soron pedig a lakosság intézményekbe vetett bizalma alkotta. A fentiek alapján a svéd járványkezelés stabil, a tudomány eredményeire építő, rugalmas válaszadási képességekkel rendelkező, adaptív szervezetrendszer benyomását kelti.

A kép azonban ennél összetettebb, az átfogó összehasonlítások pedig magukban hordozzák a túlzott leegyszerűsítés veszélyét. Elemzésünk a járványkezelés első szakaszára irányult, amikor – mint azt korábban említettük – Svédországban volt a legmagasabb a halálozások és a megbetegedések száma, míg a második szakasz kezdetén az esetszámok gyors növekedése és mértéke nem különbözött például a járványkezelés más módját választó Dánia adataitól. A kritikus fordulópontot egyértelműen a többi skandináv országhoz képest lényegesen rosszabb statisztikai mutatók és ezzel összefüggésben a járványkezelés különutas stratégiáját az első hónapokban támogató, széles körű konszenzus felbomlása okozta. A járvány ismételt gyors fel-futását a fordulat ellenére is csak 2020 decemberére sikerült megfékezni, amikor is Svédország járványkezelési stratégiája alig különbözött a többi északi ország által követett gyakorlattól, ami legalábbis kétségbe vonja a különutas megközelítés eredményességét. A korábban említett szakbizottság végső, 2022 februárjában kiadott jelentése mindenesetre elmarasztalóan szól a svéd járványkezelésről, megállapítva, hogy a kormány túl későn hozott, túl kevés és túl megengedő intézkedései nem voltak képesek idejében megfékezni a vírus terjedését, amelynek következményeiert túlságosan nagy árat kellett fizetnie a társadalomnak.

Mindez azt mutatja, hogy az egyes járványkezelési stratégiák megítélése kellő óvatosságot igényel. Egy világjárványt nem lehet csak a halálozások száma vagy a gazdasági visszaesés mértéke alapján értékelni. A lezárások mentális egészségügyi következményei, az iskolabezárások okozta oktatási lemaradások, a mentális egészségügyi következmények vagy éppen a lazább korlátozások miatt kialakuló „hosszú Covid” szempontjai is lényegesek, és csak akkor kaphatnánk valós képet az egyes országok járványkezelésének valódi sikerességéről, ha a kulcsfontosságú tényezőket egyszerre vizsgálnánk.

A jövőbeni, sajnálatos módon nem kizárható világjárványokra való felkészülés során további kutatásokat igényel a járványkezelési intézkedések időzítésének, területi hatásainak, az előzetes felkészültség állapotának, a humán és intézményi kapacitásoknak az összehasonlító vizsgálata, valamint a korlátozásokkal és más járványvédelmi intézkedésekkel összefüggésben a lakosság részéről megnyilvánuló magatartásformák és attitűdök felmérése. Az adottságok, lehetőségek és erőforrások felmérése és a változások természetéhez hangolt rugalmas alkalmazása nemcsak a járványokkal szembeni védekezés alapjait teremti meg, hanem hozzájárul az átfogó értelemben vett társadalmi fenntarthatóság feltételeinek kiépítéséhez is.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Act on Communicable Diseases (Smittskyddslag) (2004): Socialdepartementet, 2004:168.
- DAHLSTRÖM, Carl – LINDVALL, Johannes (2021): Sweden and the COVID-19 Crisis. *Working Paper Series*, (9), 1–31.
- BOUCKAERT, Geert – WERNER, Jann szerk. (2020): *European Perspectives for Public Administration. The Way Forward*. Leuven University Press. Online: <https://doi.org/10.11116/9789461663078>
- Eurostat [é. n. a]: *Real GDP Growth Rate – Volume*. Online: <https://doi.org/10.2908/TEC00115>

- Eurostat [é. n. b]: Deaths During the COVID-19 Pandemic. Online: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Deaths_during_the_COVID-19_pandemic
- FOSSE, Elisabeth – HELGESEN, Marit K. (2019): *Policies to Address the Social Determinants of Health in the Nordic Countries*. Stockholm–Helsinki: Nordic Welfare Centre.
- HAJNAL György – VIDA Sarolta (2017): Az ügynökség-típusú közigazgatási szervek populációs dinamikája (1990–2014). *Politikatudományi Szemle*, 26(3), 23–53.
- HESHMATI, Almas – TSIONAS, Mike – RASHIDGHALAM, Masoomah (2023): An Assessment of the Swedish Health System's Efficiency During the Covid-19 Pandemic. *International Journal of Healthcare Management*, 16(3), 336–352. Online: <https://doi.org/10.1080/20479700.2022.2102184>
- HOLMBERG, Sören – ROTHSTEIN, Bo (2017): Trusting other people. *Journal of Public Affairs*, 17(1–2), e1645. Online: <https://doi.org/10.1002/pa.1645>
- KOMÓCSIN Sándor (2021): Már látszik, sikeres volt-e a laza svéd járványkezelés. *Economx.hu*, 2021. október 15. Online: <https://bit.ly/3DTFChb>
- KUHLMANN, Sabine – FRANZKE, Jochen (2022): Multi-Level Responses to COVID-19: Crises Coordination in Germany From an International Perspective. *Local Government Studies*, 48(2), 312–334. Online: <https://doi.org/10.1080/03003930.2021.1904398>
- LÆGREID, Per (2017): Nordic Administrative Traditions. In NEDERGAARD, Peter – WIVEL, Anders (szerk.): *The Routledge Handbook of Scandinavian Politics*. London: Routledge, 80–91. Online: <https://doi.org/10.4324/9781315695716-7>
- LINDSTRÖM, Martin (2023): The COVID-19 Pandemic and the Timing of Government Response: A Comparison of Four Nordic Countries March-June 2020. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(5), 754–758. Online: <https://doi.org/10.1177/14034948231171201>
- OECD (2020): *The Territorial Impact of COVID-19: Managing the Crisis Across Levels of Government*. Online: <https://doi.org/10.1787/d3e314e1-en>
- OECD (2022): *First Lessons From Government Evaluations of COVID-19 Responses: A Synthesis*. Online: <https://doi.org/10.1787/483507d6-en>
- ORLOWSKI, Eric – GOLDSMITH, David (2020): Four Months Into the COVID-19 Pandemic, Sweden's Prized Herd Immunity Is Nowhere to Sight. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(8), 292–298. Online: <https://doi.org/10.1177/0141076820945282>
- PIERSON, Paul (2000): Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *The American Political Science Review*, 94(2), 251–267. Online: <https://doi.org/10.2307/2586011>
- SANDBERG, Siv (2023): The Role of Administrative Tradition in Government Responses to Crises: A Comparative Overview of Five Nordic Countries. In JOHANSSON, Bengt et al. (szerk.): *Communicating a Pandemic: Crisis Management and Covid-19 in the Nordic Countries*. Göteborg: Nordicom, University of Gothenburg, 31–50. Online: <https://doi.org/10.48335/9789188855688-2>
- SAUNES, Ingrid et al. (2022): Nordic Responses to Covid-19: Governance and Policy Measures in the Early Phases of the Pandemic. *Health Policy*, 126(5), 418–426. Online: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.08.011>

- ŠPAČEK, David – NAVRÁTIL, Marek – ŠPALKOVÁ, Dagmar (2023): New Development. Covid 19 and Changes in Public Administration – What Do We Know to Date? *Public Money & Management*, 43(8), 862–866. Online: <https://doi.org/10.1080/09540962.2023.2199545>
- SZALAI András (2011): Ideák, politika és intézmények: a politikatudomány három “új institucionalizmusa”. *Replika*, (74), 35–62.
- University of Oxford [é. n.]: *COVID-19 Government Response Tracker*. Online: www.bsg.ox.ac.uk/research/covid-19-government-response-tracker
- World Health Organization (2020): *Coronavirus disease (COVID-19). Situation Report* – 162. Online: <https://bit.ly/4hZTO60>
- Worldometer (2024): *COVID – Coronavirus Statistics*. Online: www.worldometers.info/coronavirus/

Dr. Tóth Tibor PhD szociálpolitikus, címzetes egyetemi tanár, egyetemi magántanár. A Facultas Humán Gimnázium alapító igazgatója, a Belügyminisztérium Gondoskodáspolitikai Tudományos Tanácsának elnöke, a Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet főigazgatója. Fő kutatási területei: a két világháború közötti szociálpolitika története, hazai és nemzetközi szociálpolitikai modellek.