



GYERMEKÚT

KERESLETOLDALI FINANSZÍROZÁS ALKALMAZÁSI LEHETŐSÉGEINEK VIZSGÁLATA A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓS INTÉZMÉNYRENDSZERBEN

TANULMÁNY



SZÉCHENYI 2020

 **CSALÁDBARÁT
ORSZÁG**
NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE



GYERMEKÚT

KERESLETOLDALI FINANSZÍROZÁS ALKALMAZÁSI LEHETŐSÉGEINEK VIZSGÁLATA A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓS INTÉZMÉNYRENDSZERBEN

Tanulmány



**CSALÁDBARÁT
ORSZÁG**
NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
Budapest, 2019

A kiadvány az EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001

„A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” kiemelt projekt keretében készült.

Szerző:

Édes Balázs

Szakmai lektor:

Kereki Judit

Projekt szakmai vezető:

Kereki Judit

Módszertan alprojekt I. elemi projektjének koordinálását végezte:

Ágoston Kinga

TARTALOM

Bevezetés	5
1. Értelmezési keret.....	6
2. A finanszírozási modellek értelmezése	9
3. A szektor működése nemzetközi összehasonlításban	13
4. A voucherrendszerek működése	23
5. Mérések és tapasztalatok.....	29
6. Következtetések	35
Források.....	36

Magyarországon a születéstől az iskolába lépésig tartó életkorban lévő gyermekek és családjaik a kora gyermekkori intervenció rendszerében kapják meg azokat az ellátásokat, szolgáltatásokat, amelyek szükségleteik (akár a gyermek sérült állapota, eltérő vagy megkésett fejlődése, szociálisan hátrányos helyzete vagy a pszichés fejlődés problémái) alapján megilletik őket.

A kora gyermekkori intervenció magában foglalja mind a szűrés, a problémafelismerés szakaszát, mind a diagnosztikus, komplex állapotfeltáró vizsgálatokat, valamint a sokrétű terápiás szolgáltatásokhoz történő hozzáférést, a gyógypedagógiai fejlesztést, tanácsadást és a szociális juttatások rendszerét. Célja a gyermek személyes fejlődésének előmozdítása, a család kompetenciáinak megerősítése, a család és a gyermek szociális befogadásának elősegítése.

Az EFOP 1.9.5 „A kora gyermekkori intervenció rendszer fejlesztése” projekt keretében zajló kutatási tevékenység célja a rendszer valós működésének és a területen dolgozó szakemberek véleményének megismerését szolgálja. Ennek a kutatási projektnek egyik kiegészítő eleme a finanszírozási modellek vizsgálata, így a keresletoldali finanszírozás lehetőségeinek vizsgálata is.

A tanulmány célja az új szolgáltatói modell megalapozásához szükséges egyes kérdések előzetes tisztázása a finanszírozás szempontjából. Ennek során elsődleges szempont annak vizsgálata, hogy vajon egy keresletoldali finanszírozási modellre való áttérés milyen előnyökkel járna a szolgáltatásszervezésre nézve.

1. ÉRTELMEZÉSI KERET

A közösségi célokat szolgáló intézményrendszerek működési feltételeit a fejlett világban komplex keretrendszer határozza meg; ennek részei többek közt a törvényi feltételek által rögzített jogi szabályozások, az intézményi modellek, a tárgyi feltételek, a munkaerő rendelkezésre állása és jellemzői, vagy éppen a társadalmi-kulturális környezet.

A befolyásoló tényezők között lényeges szerepe van a finanszírozási kereteknek. A finanszírozás vizsgálata esetén érdemes megkülönböztetni a minimális feltételeket, a fedezeti szintet és az ösztönzők szerepét. Ha az intézményrendszeri működés szempontja felől közelítünk, a kérdésben egyfajta Maslow-piramist alkotva úgy is fogalmazhatunk, hogy az intézményi működés szempontjából legalapvetőbbnek mondható kritérium az elégséges finanszírozás megléte. Vagyis egy olyan finanszírozási minimum, ami mellett már fenntartható az intézmény működése, amikor az intézmény képes alapvetően ellátni a feladatait.

A fedezet szintje szempontjából további kérdés, hogy az alábbi dimenziókban mennyiben kielégítő a finanszírozás mértéke:

- ingatlanállomány-üzemeltetés és -fejlesztés
- eszközellátottság, eszközüzemeltetés és -pótlás
- a munkaerő költségeinek fedezete (mennyiség és minőség)
- minőségi feltételek

Könnyen előfordulhat, hogy a finanszírozás fedezeti szintje nem egyenletes az egyes dimenziókban, így például dolgozhatnak jól fizetett alkalmazottak nem megfelelő gépekkel és lerobbant épületekben, vagy éppen kiváló eszközökkel és új ellátórendszeri ingatlanokban, de alulfizetve, stb. A magyar egészségügyi és szociális ellátórendszer esetében jól ismertek az ilyen jellegű egyenlenségek, amelyek gyakran intézményről intézményre is változnak. Hasonlóképpen további dimenziót jelent az üzemeltetési, működési és a fejlesztési jellegű források eltérése, amelyek szintén nem átjárható kategóriák, és gyakran előfordul, hogy e kettőben kiegyenlíthetlen feltételek között működik egy-egy intézmény, vagy akár teljes ágazatok működhetnek így.

A finanszírozási keretek és az intézményi feltételek működésre is nagymértékben kiható további lényeges, minőségi dimenziója, hogy a rendelkezésre álló forrásokat biztosító folyamatok mennyire kiszámíthatók. A fejlett országok olajozottan, megbízhatóan és stabilan működő rendszereitől a legszegényebb fejlődő országok sokszor kiszámíthatatlan finanszírozásáig sokféle változat elképzelhető, és az ilyen jellegű nehézségek kifejezetten káros hatással lehetnek a működésre és a stabilitásra, a nyújtott ellátások minőségére. Bár az európai uniós országok értelemszerűen a fejlettebb régióknak megfelelően inkább stabil és rendezett finanszírozási keretekkel jellemezhetők, természetesen Magyarországon is előfordulnak ilyen jellegű problémák – példának hozható a közoktatási intézményrendszer központi finanszírozásba vétele után tapasztalható anomáliák esete,¹ de az egészségügyi rendszerből is rendszeresen érkeznek hírek hasonló kisebb-nagyobb anomáliákról.²

A finanszírozási rendszerek eddig tárgyalt gyakorlati jellemzői mellett azonban olyan strukturális tényezők is meghatározzák egy-egy ágazat működését, melyek a finanszírozás koncepcionális kereteiből, a folyamatokat rögzítő szabályozásból következnek. Ilyen alapvető tényező az is, hogy a finanszírozási rendszer milyen alaplogikára épül, azaz tulajdonképpen *mi után* és *milyen szabályok szerint* fizet a fenntartó, az üzemeltető vagy a támogató. Jelen vizsgálat a rendszer alaplogikájára vonatkozó kérdésekre fókuszál.

¹ A korábban nem látott mértékű központosítás következményeként gyakran egészen alapvető eszközök is rendszeresen hiányoznak az iskolákban, lásd pl. JOÓB–PLANKÓ 2013; INDEX.HU 2015; LŐRINCZ T. 2016.

² Lásd pl. 24.HU 2015; JOÓB 2018.

Kiindulásként rögzíthetjük, hogy minden finanszírozási modell alapvető, elkerülhetetlen ösztönzési hatásokat fejt ki, amelyeket nem lehet kizárni, de általában feltétlenül kezelendők, hiszen kontroll hiányában nem szándékolt következményekkel járhatnak. Egy egyszerű és közismert példánál maradva érdemes végiggondolni az egészségügyi rendszerek alaplogikáit.

Ha az orvosi ellátás esetében el akarjuk kerülni a felesleges költségeket, logikusnak tűnhet a feltétlenül szükséges elvégzett műveletek és beavatkozások alapul vétele. A rendszer struktúrájából eredő kockázat itt a túlköltség: a szereplők alapvetően abban érdekeltek, hogy minél nagyobb teljesítményt tudjanak elszámolni, így a rendszer – különösen a teljesítményfinanszírozás, azaz a kínálatoldali finanszírozás mellett – automatikusan a túlzások irányába kap ösztönzést. Előny, hogy feltehetően minden szükséges beavatkozás meg fog történni, de hátrány, hogy felesleges beavatkozások is történhetnek (Kiss 2019). A jelenlegi OEP pontrendszer alapú modelljének éppen ez a jellegzetessége, és ismertek is olyan példák, melyek igazolják ennek az ösztönzésnek a káros hatásait.

A pontrendszer lényegét a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő az alábbi módon foglalja össze:

„A társadalombiztosítás keretében olyan szolgáltatónál vehető igénybe egészségügyi szolgáltatás, amely az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedéllyel rendelkezik és az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel (továbbiakban: NEAK) kötött finanszírozási szerződés (továbbiakban: szerződés) alapján az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott ellátást nyújt. Az igénybe vett ellátás díját (részleges térítési díj esetén az azon felüli díjat) nem az ellátott beteg fizeti meg, hanem azt a társadalombiztosítási jogviszony keretében az egészségbiztosító utólag folyósítja (elszámolja) a szolgáltató részére, az általa benyújtott finanszírozási teljesítmény-jelentés alapján.

A finanszírozási teljesítmény-jelentés elszámolása az egészségügyi szolgáltató és a NEAK között létrejött szerződés alapján, az egészségügyi szolgáltató által az egészségbiztosítóhoz elektronikus úton eljuttatott teljesítmény-jelentések feldolgozása után, a finanszírozásra és utalványozásra vonatkozó jogszabályi rendelkezéseknek megfelelően történik.

Finanszírozott teljesítményként a finanszírozási szerződésben meghatározott és ténylegesen teljesített, a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vett olyan egészségügyi szolgáltatás számolható el, amelynek megtérítésére más nem köteles, vagy nem kötelezhető” (NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ 2020).

Extrém esetben olyan teljesítmények elszámolása is megvalósulhat a rendszer alaplogikája miatt, amelyek meg sem történnek. Ezek már nyilvánvaló visszaélések lehetnek, de legalább az egészséges embereket nem teszik ki felesleges beavatkozásoknak, ami relatív előnyt is jelenthet. Mindez a pénzügyi visszaélésektől kezdve akár súlyos közegészségügyi dilemmákhoz is vezethet – érdemes utalni pl. A nemzetközi összehasonlításban kiemelkedő magyar császármetszési arányra, vagy éppen a szintén hírhedt gyógyszerútfogyasztásra. A teljesítményalapú rendszerek szükségszerű túlzásainak kezelési módja a szigorú kontroll, ahol az ellenőrzéseknek minél inkább ki kell zárniuk a fent vázolt visszaéléseket. Ilyen eszköz lehet a transzparencia növelése, pl. az, ha az ügyfelek pontosan ismerik az elszámolt tevékenységeket (ahogy ez Magyarországon is megvalósult egy évtizeddel ezelőtt).

Most vizsgáljuk meg, mi történik, ha a rendszert fordított logikára állítják be. Ennek a koncepciónak az az elvi lényege, hogy a társadalmi cél nem az egészségügyi költség, hanem az egészséges ember: ezért egy ideális modellben nem arra kell ösztönözni a szolgáltatót, hogy minél többet foglalkozzon a betegekkel, hanem hogy minél egészségesebbek maradjanak az ügyfelei. Magyarországon ilyen jellegű modellben működik a házi orvosi ellátás, ahol a praxis mérete gyakorlatilag fejkvóta alapon finanszírozza a rendszert. Ennek alapvetően az lenne a célja, hogy az ellátó abban legyen érdekelt, hogy minél inkább egészségesen tartsa a praxis ügyfeleit, s így az adott fix bevételhez képest minél kevesebb beavatkozás mellett kisebb költséggel működjön. Ez a modell azonban a rossz ellenőrzéssel és ösztönzőkkel éppen olyan veszélyt hordozhat, hogy az intézményrendszer a szükségesnél jóval kevesebb beavatkozást végez el.

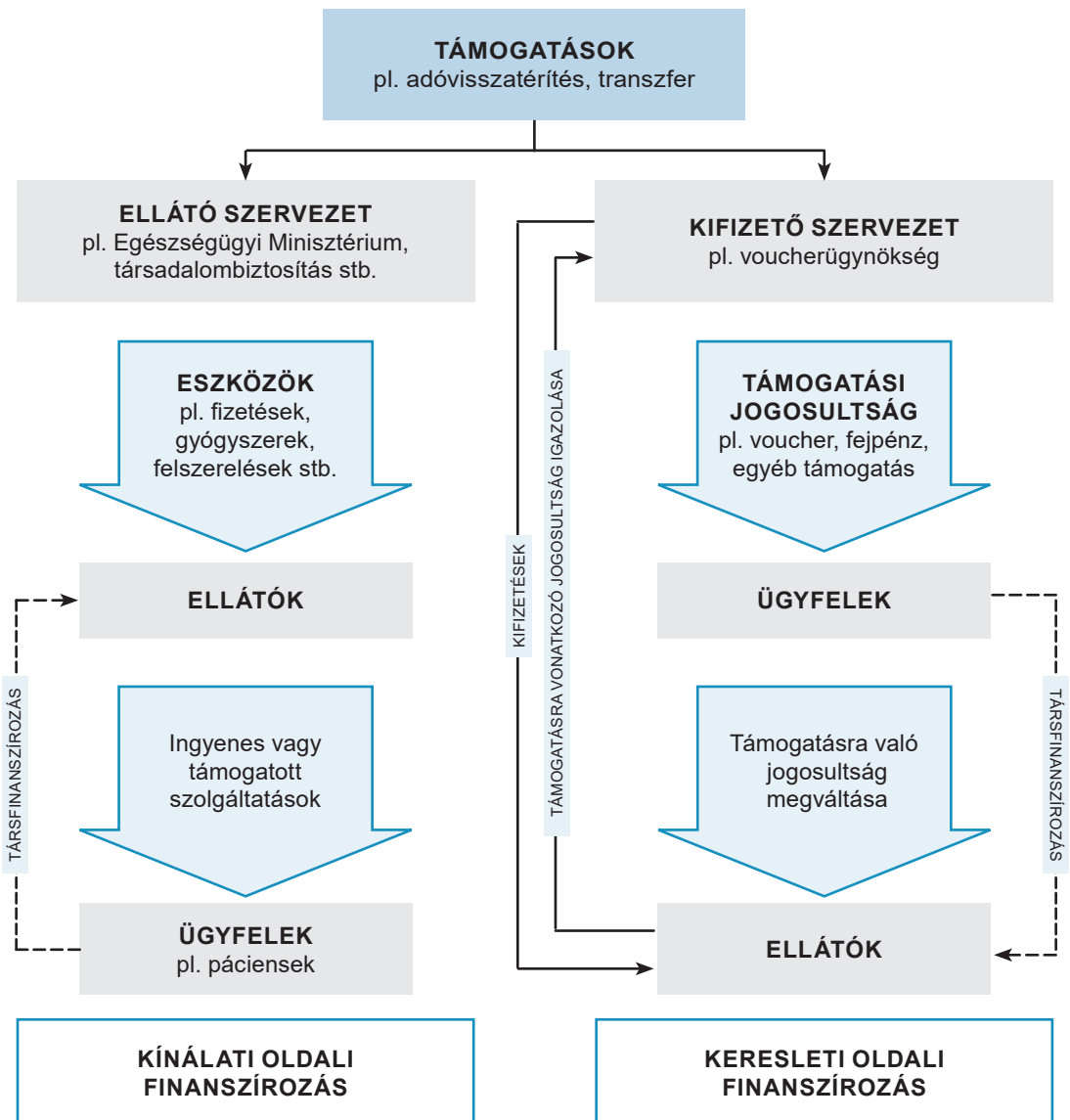
Mint ebből az egyszerű példából is látszik, a finanszírozás alaplogikája szükségszerűen alapvető ösztönzéseket hoz létre egy rendszerben, függetlenül attól, hogy az adott rendszer éppen milyen logikára épül. Ezek felismerése és kezelése, folyamatos kontrollja nem elkerülhető, és állandó feladatot

jelent. Kérdés, hogy milyen finanszírozási megoldások alkalmazása lehetséges, ha minden esetben van lehetőség egy működő rendszer létrehozására, de az ellenőrzés és a strukturális kockázatok felügyelete sem elkerülhető. Ideális esetben ez egy olyan modell, amely alaplogikájában leginkább leképezi az adott szektort, alapvetően hasznos ösztönzést generál, és amely mellett a strukturális kockázatok leginkább menedzselhetők (SEMJÉN 2019).

A fentiek alapján az a kutatás során vizsgálendő kérdés, hogy kifejezetten a kora gyermekkori intervenció intézményrendszerben vagy annak egyes elemeiben a keresletalapú finanszírozási modell felé való elmozdulás alkalmas és hatékony eszköz lenne-e.

2. A FINANSZÍROZÁSI MODELLEK ÉRTELMEZÉSE

Az elméleti keretek bemutatásához érdemes egy olyan tanulmányt alapul venni, amelyben Peter Sandiford és munkatársai a keresletalapú eszközök, ezen belül a voucherrendszerek egészségügyi finanszírozásban való megjelenését vizsgálják (SANDIFORD et al. 2005). Miközben az elképzelhető modellek köre igen szerteágazó lehet, a kínálati és a keresleti oldali finanszírozási modell megkülönböztetésében egy-egy letisztultabb elméleti modell összevetéséből érdemes kiindulni. A tanulmány az alábbi ábrán foglalja össze a két logika közötti különbséget:



1. ábra. A keresleti és a kínálati oldali eszközök strukturális összehasonlítása (Forrás: SANDIFORD et al. 2005)

A működő rendszerek e két modell közötti elhelyezését jelentősen megnehezíti, hogy ritkán szerepelnek teljesen elkülönített önálló modellként. A tipikus helyzetben valamilyen kevert rendszer alakul ki, ahol az intézményfenntartás, az alapfinanszírozás egy legalább részben fix, normatív jellegű felállásban történik meg, és ezt egészítik ki keresletől függő eszközök. A fenti ábra alapján jól elkülöníthető helyzetekben érdemes abból kiindulni, hogy feltételezhető valamilyen alapfinanszírozás megléte, és a kérdést elsősorban a konkrét szolgáltatások elvégzéséhez kapcsolódó, közgazdasági értelemben változó költségek kategóriájába tartozó elemek finanszírozására vonatkoztatjuk. Ekkor a kínálati modell esetében alapvetően arról van szó, hogy a finanszírozást biztosító intézmény vagy intézmények a kínálati oldal szereplőit finanszírozzák meg (azaz a szolgáltatásokat nyújtó intézményeket), és az ügyfelek ezekben az intézményekben vehetnek igénybe támogatott vagy ingyenes szolgáltatásokat.

A keresleti oldali modell elsőre kissé bonyolultabb struktúrában épül fel, hiszen itt már a szerkezetnek is részévé válik a szolgáltatások ügyfele. A finanszírozó szervezet valamilyen formában – leginkább voucher jellegű eszközökkel – az érintett ügyfelekhez juttatja el a finanszírozást, akik ezután célzottan tudják igénybe venni a számukra szükséges szolgáltatásokat, és a náluk lévő eszközökkel kompenzálják azok ellenértékét. Bár ez egy összetettebb formának tekinthető, e struktúra alkalmazása bizonyos olyan előnyökkel járhat, melyek hozzásegítenek egy-egy egészségügyi vagy szociális cél jobb teljesüléséhez, és emiatt egy ilyen modell összességében potenciálisan hatékonyabbnak tekinthető.

Sandiford és munkatársai szerint a tisztán kínálati oldali finanszírozási szerkezet több strukturális jellegű hátrányt is magában hordoz (SANDIFORD et al. 2005). Az első lényeges probléma az, hogy nincs igazán mód arra, hogy az adott szolgáltatásokat valóban a rászoruló, megcélzott kör vegye igénybe. Ebben a modellben ez kifejezetten nehezen garantálható. Természetesen lehetőség van tiltások alkalmazására, vagy kifejezetten olyan specifikus eszközök támogatására, amelyek csak egy-egy célcsoport esetében alkalmazhatók, de mindkét eszköz csak korlátozottan képes kezelni ezt a problémát. Szélsőséges esetben képzeljünk el egy kórházat, ahol csak néhány páciens létezik: a rendszer működik, az alkalmazottak kapnak fizetést és elvégzik a munkájukat, az eredmény mégis elmarad a szükségestől vagy optimálistól, hiszen csak a jogosulatlan igénybevétel korlátozása történik meg, de a megcélzott célcsoport nem jut hozzá a tervezett egészségügyi szolgáltatásokhoz.

A következő lényeges probléma az ügyfelek oldalán jelentkezik: ebben a strukturális helyzetben ugyanis nincsen semmilyen ösztönző hatás, vagyis adott esetben hiába ingyenes egy ellátás vagy szolgáltatás, ha az érintettek nem jutnak el az igénybevételig. Sőt, az ingyenesség gyakran épphogy csökkenti az adott szolgáltatásokra vonatkozó hasznosságérzetet, s így azok kevésbé tűnhetnek kívánatosnak az érintettek szemében, ez pedig szintén ahhoz vezethet, hogy a kívánt egészségpolitikai célok kevésbé valósulnak meg.

A harmadik problémakör ahhoz kapcsolódik, hogy az ilyen jellegű rendszerekben nincs semmilyen ösztönző a hatékony működésre. Azaz, ha nem is jogosulatlanul veszik igénybe az ingyenes szolgáltatásokat, ha a célcsoport tagjai el is jutnak a tervezett intézményekbe, akkor is teljesül a normatív finanszírozási módszerek egyik átka, hogy az intézmények számára nem jelent előnyt a hatékonyabb szervezés és munkavégzés. Sőt, az adott keretek között ez a finanszírozás modell sokkal inkább a pazarlásra ösztönözhet.

A keresleti oldali finanszírozási koncepció elsősorban az itt bemutatott strukturális problémákra a szerkezetében integrált módon választ. Bár a finanszírozó és a forrásokat végül felhasználó intézmények közötti közvetlen kapcsolat megszűnik, a rendszer összetettebbé válik, az ügyfél és a szolgáltató között viszont létrejön egy direkt kapcsolódás, ami több szempontból is előnyös lehet. Ezek közül a fontosabbakat az alábbiakban összegzik a szerzők:

- A tisztán keresleti oldali modellben a finanszírozás egyértelműen tevékenységhez kötött. Bevételek csak akkor keletkeznek, ha a tervezett szolgáltatás valóban megvalósul, ami sok szempontból a piaci szolgáltatásokhoz hasonló mechanizmusokat hoz, azaz hatékonyabb, teljesítményre ösztönző szerkezetet alakít ki. Bár a hagyományos egészségügyi finanszírozás normatív verziója is az elvégzett tevékenységek után fizet, az elszámolás sajátosságai miatt azonban ebben az ügyfél csak egyfajta instrumentumként, elszámolási tényezőként jelenik meg, sokszor nem valós teljesítmények is elszámolásra kerülnek, és egyéb problémák is felmerülhetnek. A keresletalapú modell sokkal direkter, valódi piaci jellegű mechanizmusokat hoz be ebbe a rendszerbe.

- A keresleti oldali modell lehetőséget ad arra, hogy az ellátásokat sokkal inkább a bizonyítottan eredményes (*evidence-based*) tevékenységek irányába tudják terelni. Bár sok rendszerben ennek nagy jelentősége lehet, Magyarországon kevésbé jelent minőségi változást az első szcenárióhoz képest, így ennek részletezése most kevésbé lényeges.
- A célzás kiemelkedően fontos jelentőséget ad ennek a finanszírozási módnak. Mivel az ellátás megszervezése logikailag indirekt módon, az érintett potenciális ügyfelekkel kezdődik, ezzel a lépéssel automatikusan megvalósul a lehetőség arra, hogy minél pontosabban kialakítható legyen a megcélzott érintettek köre. Ebből persze közvetlenül még nem következik sem a jól kialakított célzás, sem annak gyakorlati megvalósulása, de a lehetőség strukturálisan következik a választott finanszírozási modellből. Ez az előny igen jelentős kontrasztban áll a kínálati modellel, ahol az érintettek elérése és szelektált ösztönzése az igénybevételre kifejezetten problémás.
- A monitoring területén éppen a keresleti modell összetettsége, bonyolultabb jellege képez előnyt. Mivel itt szükségszerűen összeköthető az igénybe vevő ügyfél, a szolgáltató és a megvalósult szolgáltatás, a szükséges monitoringadatok automatikusan létrejönnek, gyűjtésük a rendszerbe integrálható. Mindez jelentős előny ahhoz képest, hogy a kínálati modellben a folyamatok követése kifejezetten külön erőfeszítést igényel, és ha a finanszírozás ezek alapján történik, erős az ösztönzés a túlzó elszámolások irányába, ami ebben az esetben nem adathiányt, hanem torzított adatokat eredményez. Ez pedig pont az eredmények és a hatások vizsgálatát lehetetleníti el, ami egy egészségügyi program esetén óriási hátrányt jelent.

A keresletoldali finanszírozási modelleket ugyanakkor természetesen strukturális hátrányok is jellemzik. Sandiford és munkatársai szerint ezek közül a fontosabbak (SANDIFORD et al 2005):

- A keresleti modellekben magasabb adminisztrációs és tranzakciós költségek is jelentkeznek; a struktúra itt bonyolultabb, a szükséges adminisztráció, a kontroll és a működtető mechanizmusok összességében összetettebb rendszert, s ezáltal több adminisztrációs feladatot és költséget eredményeznek.
- A keresleti modellek egyik hátránya a potenciálisan jelentkező túlzott szolgáltatási szint. A rendszer alaplogikája miatt az egészségügyi szolgáltatók számára előnyös, ha egy-egy ügyfél számára a feltétlenül szükségesnél több, magasabb színvonalú, vagy más értelemben túlzott beavatkozást nyújtanak. Ez a két klasszikus aszimmetrikus információs közgazdasági dilemmával írható le: a morális kockázat és a megbízó-ügynök probléma jelenléte egyaránt jellemzi a helyzetet.
- Szelekciós torzítások is felmerülnek, hiszen minden olyan speciális csoport, ügyfél, amely az átlagosnál több feladatot, nehézséget jelent másokhoz képest, bizonyos értelemben veszteséget termel a szolgáltató számára. Így az ösztönzés abba az irányba hat, hogy lehetőleg minél kevesebb ilyen tranzakció történjen, tehát a rendszer egyfajta diszkriminációs irányba mehet el. Ez tipikusan éppen a leginkább rászoruló csoportokat negatívan érintő folyamat, így a nyilvánvalóan elfogadhatatlan igazságtalanság mellett kifejezetten rossz (pontatlan) célzást is eredményez az egészségügyi ellátórendszerben.
- Összességében a kínálati modell sajátossága, hogy strukturális okokból alacsonyabb ügyfélelégedettséghez vezethet, és nincs olyan ösztönző a rendszerben, amely ezt a célt kifejezetten elősegítené.

A keresleti oldali modellek két alapvető kategóriáját az ügyfelek, illetve a szolgáltatók által vezetett megoldások alkotják. Az előbbi esetében elkülöníthetők az igénybevétel előtt vagy után nyújtott eszközökkel működő rendszerek.

IGÉNYBEVÉTEL ELŐTT NYÚJTOTT FOGYASZTÓVEZÉRELT KERESLETOLDALI TÁMOGATÁS

Ebben a modellben a célcsoport a szolgáltatás igénybevétele előtt kapja meg a támogatási eszközt: tipikusan pénzbeli támogatást, hozzájárulást, vagy adóvisszatérítést, illetve vouchert. A megoldás fontosabb jellemzői:

- A pénzügyi támogatás elsődleges célja az egészségügyi kockázatok minimalizálása. A támogatás ételre, alapvető szolgáltatásokra is igénybe vehető, de nem használják sürgősségi egészségügyi ellátások finanszírozására.

- A családi egészségügyi öngondoskodás kiegészítése alapvetően olyan rendszerekben valósítható meg, ahol az ilyen pénztárak szerepe (jellemzően párhuzamosan a magánegészségügyi modell jelenlétével) nagyobb; itt a meglévő tevékenység kiegészítése valósul meg a keresletoldali támogatáson keresztül. Ilyen típusú kiegészítő támogatási elemek a magyarországi rendszerben is működnek.
- Nem minden voucher tartozik feltétlenül a fogyasztóvezérelt megoldások körébe; más ilyen jellegű megoldások is elképzelhetők, pl. A szolgáltatók is bocsáthatnak ki vouchereket az ügyfelek számára.

IGÉNYBEVÉTEL UTÁN NYÚJTOTT FOGYASZTÓVEZÉRELT KERESLETOLDALI TÁMOGATÁS

Ennek a megoldásnak jellemző formája, hogy a transzfer az adott egészségügyi szolgáltatás igénybevétele után valósul meg, tehát utólagos finanszírozás történik:

- A támogatás ösztönző hatása csekélyebb, ezért rászoruló csoportok esetében kifejezetten kockázatcsökkentő programokra kevésbé alkalmas.
- Ennek a megoldásnak az alkalmazása jellemző az egyéni számlás, magánbiztosítós egészségbiztosítós rendszerben, ahol az igénybevételt nem akarják erősen ösztönözni, de gátolni sem, ezzel próbálva beállítani a szolgáltatások felhasználásának minél optimálisabb szintjét.
- A morális kockázat az utólagos elszámolásra épülő rendszerben erős; ennek a kontrollja a modellnél jelentős strukturális nehézséget jelent.

IGÉNYBEVÉTEL ELŐTT NYÚJTOTT SZOLGÁLTATÓVEZÉRELT KERESLETOLDALI TÁMOGATÁS

Ennél a szolgáltatás igénybevétele előtt nyújtott támogatásnál előre rögzített egységárat szabnak meg egy-egy beavatkozás, szolgáltatás nyújtására a feltételeket adó szerződésben, melyet a szolgáltató automatikusan megkap az elvégzett szolgáltatások után. A voucherek ebben az esetben a szolgáltató és az ügyfél közötti viszonyban valósulnak meg.

- A szerződések jellemzően a szolgáltatásokat szervező harmadik fél, a területi felelős ügynökség hozza létre.
- A finanszírozás egyik lehetséges módozata egy alapvetően minimális volumenre fix pénzügyi ellentételezést ad, és a teljesítmény szerinti modell csak e volumen felett lép életbe.

IGÉNYBEVÉTEL UTÁN NYÚJTOTT SZOLGÁLTATÓVEZÉRELT KERESLETOLDALI TÁMOGATÁS

Ebben a modellben az ügyfelek számára a támogatott szolgáltatások ingyenesen hozzáférhetők. A finanszírozó intézmények a megtörtént beavatkozások, a nyújtott szolgáltatások megtörténte után, az elszámolásnál rendezik a költségeket az egészségügyi szolgáltatók számára.

- Ez a szerkezet adminisztrációs szempontból egyszerűbb lehet, mint egy voucherrendszer, de az ellenőrzés kifejezetten bonyolult, hiszen egy független ellenőrzési elemre lenne szükség ahhoz, hogy az igényelt költségek rendezésének folyamata a valós teljesítményekre szorítkozzon.
- A magyar egészségügy-finanszírozás alaprendszere, a NEAK pontértékalapú teljesítményel-számolásra épülő modellje leginkább ebbe a logikai kategóriába illik.

A fenti összefoglalás alapján elmondható, hogy a kiinduló modell jelenleg is részben keresletalapú finanszírozási modellben működik, de ennek a legkevésbé ügyfélorientált, normatív megközelítésben működő formájában.

A következő fejezetben azt vizsgáljuk meg, hogy a magyarországi helyzet nemzetközi összehasonlításban milyen kontextusban értelmezhető.

3. A SEKTOR MŰKÖDÉSE NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÁSBAN

Az alábbiakban néhány összehasonlító adatsor, ábra segítségével alkotunk képet arról, milyen kontextusban működik a magyarországi kora gyermekkori intervenciók ellátási rendszer európai vagy OECD viszonylatban vizsgálva.

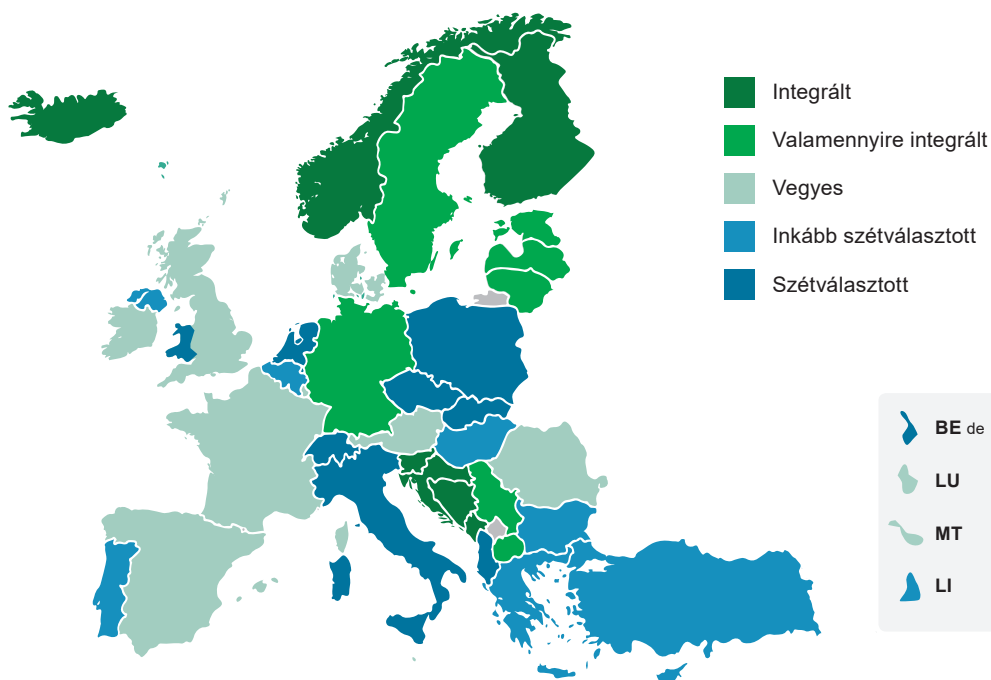
	Egy főre jutó GDP (USD)	Oktatási közösségi ráfordítások a GDP %-ában	Egészségügyi közösségi ráfordítások a GDP %-ában	Szociális védelmi ráfordítások a GDP %-ában	Gyermekvédelmi, családokat célzó ráfordítások a GDP %-ában
Ausztria	49 370	5,4 (05)	10,1	27,2	2,88
Belgium	47 085	6,0 (06)	9,4	26,4	3,12
Bulgária	6 546	4,2 (06)	7,3	13	1,05
Ciprus	31 410	7,0 (06)	6,6	...	2,11
Csehország	20 673	4,6 (06)	6,8	19,5	2,18
Dánia	62 118	7,9 (06)	9,8	27,1	3,38
Észtország	17 454	4,9 (05)	5,4	...	1,50
Finnország	51 323	6,1 (06)	8,2	26,1	2,97
Franciaország	44 508	5,6 (06)	11,0	29,2	3,79
Görögország	31 670	4,0 (05)	5,6	20,5	1,08
Hollandia	52 963	5,5 (06)	8,9	20,9	2,26
Írország	60 460	4,8 (06)	7,6	16,7	2,58
Lengyelország	13 845	5,7 (06)	6,4	21,0	1,17
Lettország	14 908	5,1 (06)	6,2	11,3	1,30
Litvánia	14 098	5,9	6,2	...	1,19
Luxemburg	109 903	...	7,1	23,2	3,60
Magyarország	15 408	5,4 (06)	7,4	22,5	3,11
Málta	7,5	...	0,87
Németország	44 446	4,4 (06)	10,4	26,7	...
Olaszország	38 492	4,7 (06)	8,7	25,0	1,30
Portugália	22 923	5,3 (06)	10,0	23,1 (04)	1,67
Románia	9 300	3,5 (06)	4,7	10,0	1,42
Spanyolország	35 215	4,3 (06)	8,5	21,2	1,24

	Egy főre jutó GDP (USD)	Oktatási közösségi ráfordítások a GDP %-ában	Egészségügyi közösségi ráfordítások a GDP %-ában	Szociális védelmi ráfordítások a GDP %-ában	Gyermekvédelmi, családokat célzó ráfordítások a GDP %-ában
Svédország	51 950	6,9 (06)	9,1	29,4	3,21
Szlovákia	18 212	3,8 (06)	7,7	3,7	2,12
Szlovénia	27 019	5,7 (06)	7,8	17	1,97
Egyesült Királyság	43 541	5,6 (06)	8,4	21,3	3,55
Norvégia	94 759	6,5 (06)	8,9	21,6	2,95
Svájc	64 327	5,5 (06)	10,8	20,3	1,34

1. táblázat. Az egyes ellátásokra költött finanszírozás GDP-arányosan, 2005–2010 (Forrás: UN 2010 alapján)

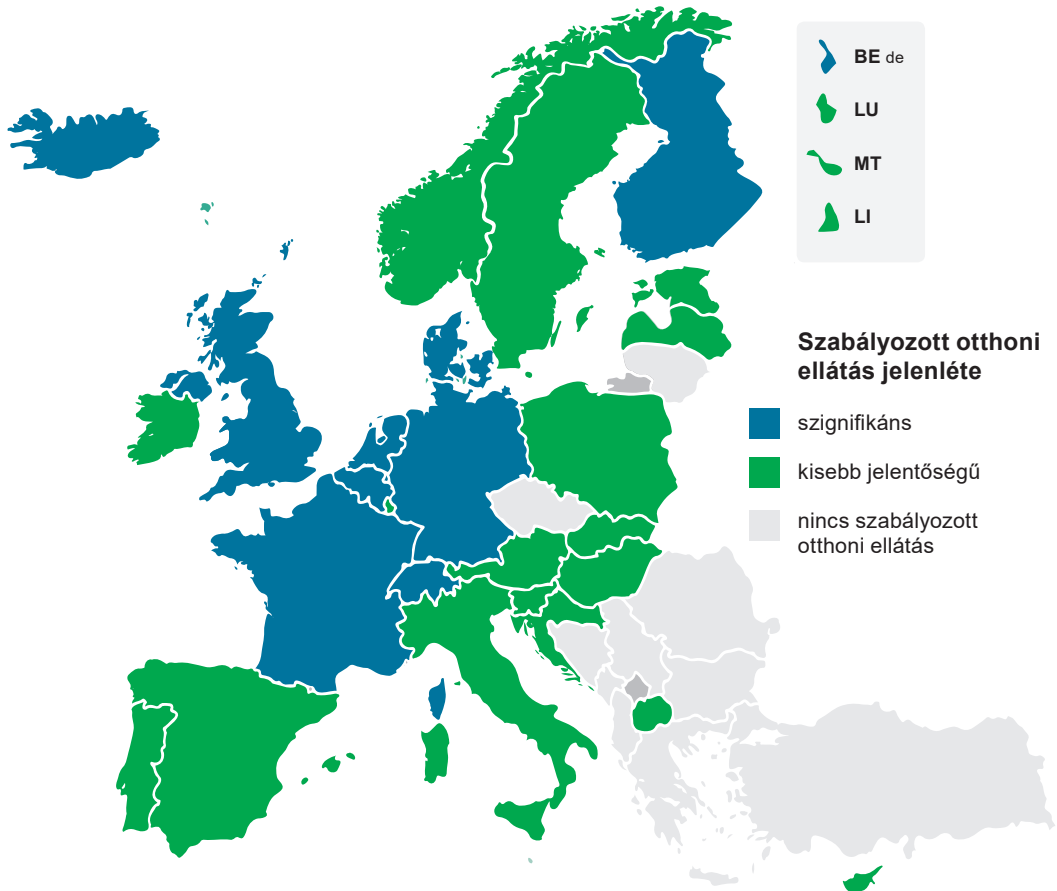
Az 1. táblázat bemutatja, hogy a vizsgált intézményrendszer milyen nagyságrendű finanszírozási keretek között működik különböző országokban. Ezek az adatok – bár korábbi értékek – alkalmasak arra, hogy a magyarországi helyzet nemzetközi kontextusban értelmezhető legyen. Lényeges látni továbbá azt is, hogy az oktatás, az egészségügy és a szociális szegmens súlya az országok közötti relatív pozíciókat vizsgálva nem feltétlenül alakul hasonlóan. A kora gyermekkori időszak esetében éppen az okozza az egyik problémát, hogy a teljes szektor működését az egyén szemszögéből vizsgálva a jelentős strukturális egyenetlenségek nehezen kezelhető állapotot hoznak létre.

A rendszerek minőségi összehasonlításában lényeges faktor, hogy az intézményrendszer mennyire integrált vagy széttagolt jellegű. A 2. ábrán alkalmazott besorolás figyelembe veszi, hogy a rendszer egységes irányítás alatt áll-e; a színek elsősorban azt jelzik, hogy egy-egy kritérium teljesül-e az adott ország viszonylatában.



2. ábra. A korai ellátási rendszer integráltságának foka, 2017 (Forrás: EACEA 2019)

A magyarországi kora gyermekkori ellátás intézményeinek rendszere kifejezetten tagolt, ennek megfelelően a magyar modell az ötfokozatú felosztásban a második legkevésbé integrált kategóriába tartozik. Mint látható, Európában egy kifejezetten tagolt és változatos kép alakult ki. Az integráció leginkább a skandináv régióban, valamint Németországban és a volt Jugoszlávia területén jellemző.

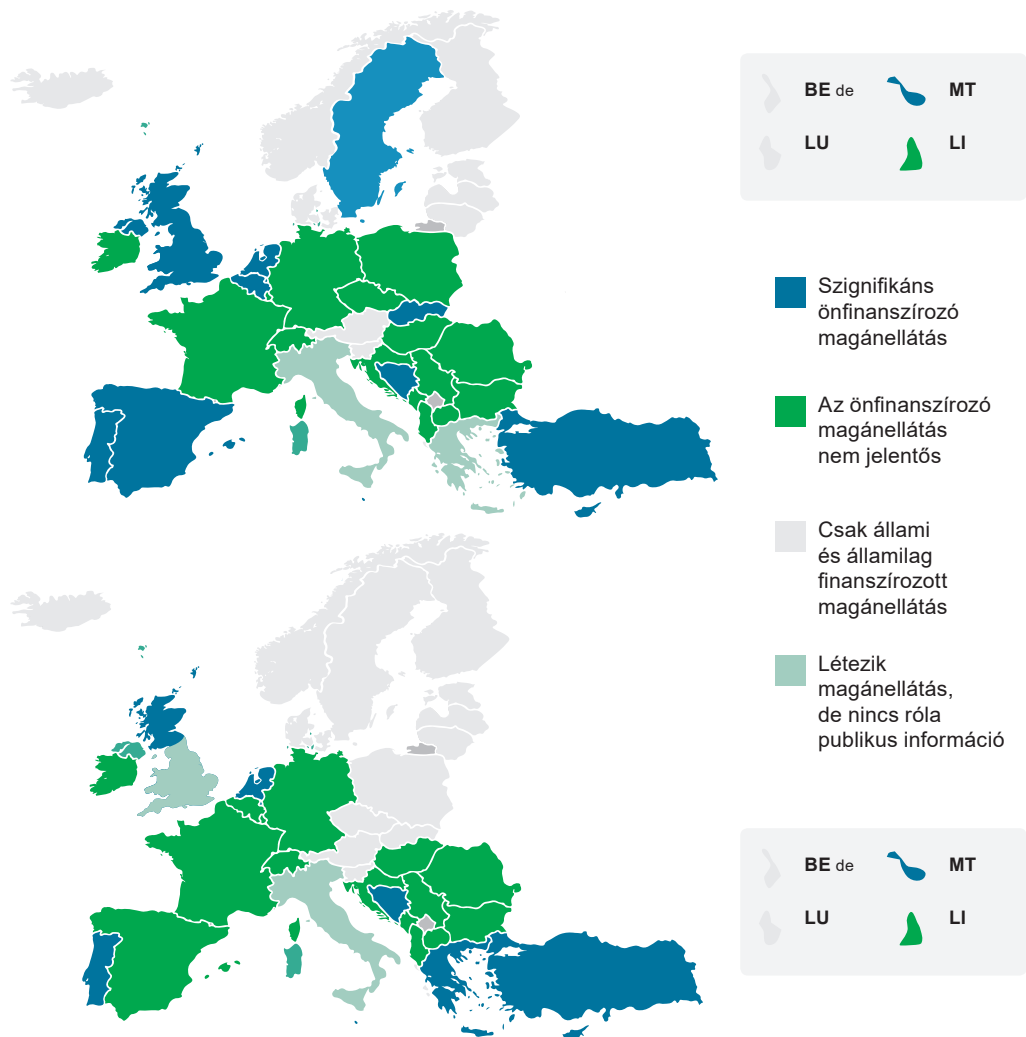


3. ábra. Szabályozott otthoni ellátási módok jelentősége 3 éves korig, 2018–2019 (Forrás: EACEA 2019)

A 3. ábra azt mutatja be, hogy az adott országban az otthoni ellátási módok mennyire meghatározók a 3 éves kor alatti ellátásban. Magyarországon jelen van ez az ellátási mód, de nem domináns a szerepe. Az Európai Unióban ez mondható a leginkább tipikusnak.

Az értékelésnél az összes 3 éves kor alatti korai gyermekkori ellátási helyek darabszámát tekintve a szignifikáns jelentőséget a 10% feletti részesedés jelzi. A vizsgált országokban a központokban végzett ellátások rendszerének felügyelete már ebben a fázisban is leginkább az oktatási kormányzathoz tartozik (EACEA 2019). Összességében ez a modell az európai tagállamok mintegy felére jellemző.

A 4. ábra a 3 éves kort választóvonalnak tekintve két térképen szerepelteti a privát ellátási központok jelentőségét az intézményrendszeren belül. Mint látható, a két szegmens esetében a modell általában nem tér el, ahol pedig igen, ott kisebb életkori szakaszban jellemző a magánszereplők magasabb arányú jelenléte.

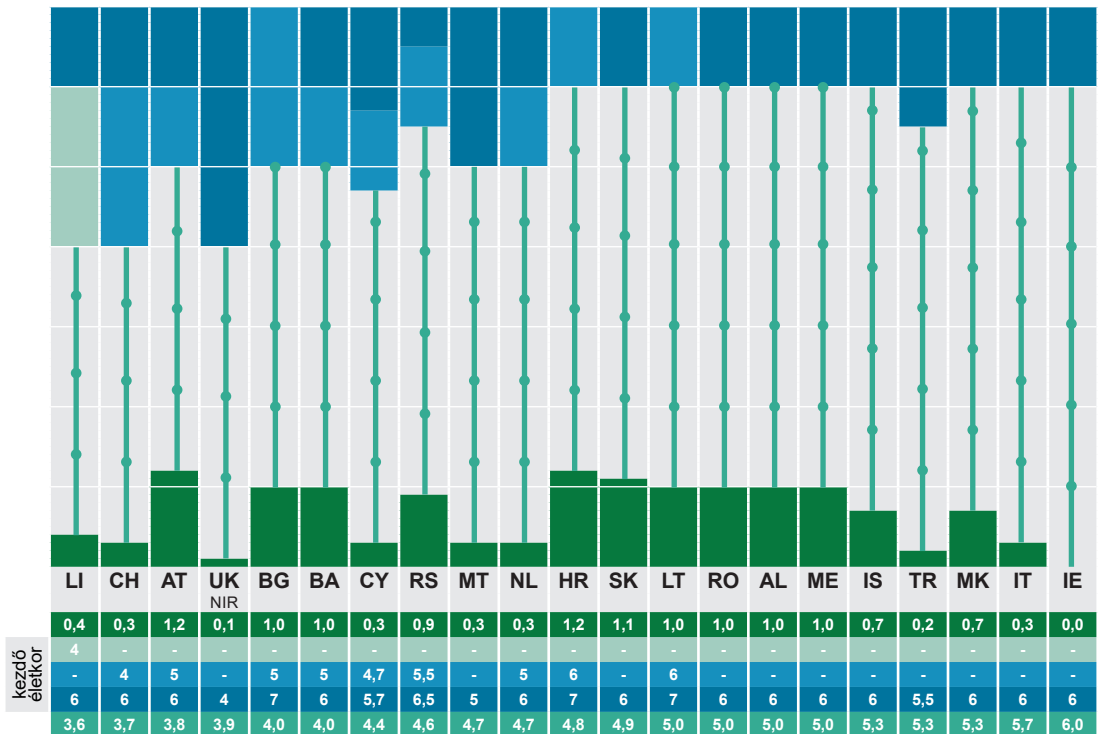
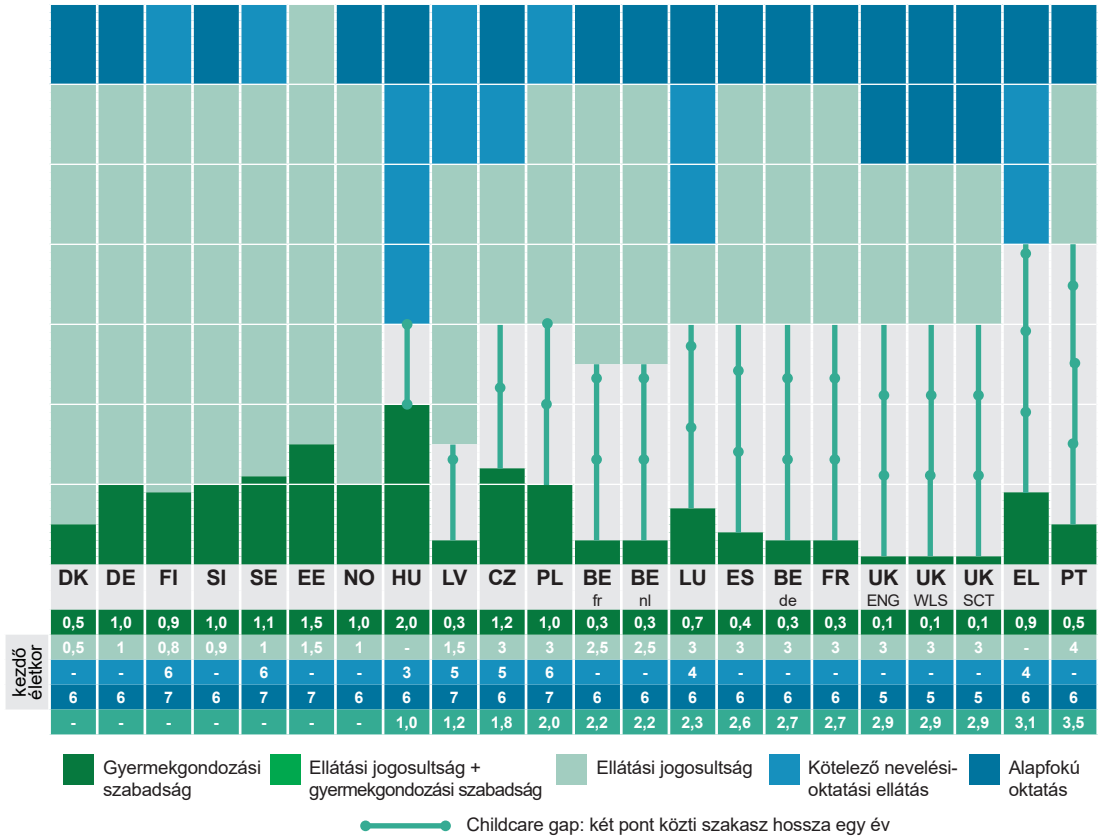


4. ábra. A privát ellátási központokban szervezett szolgáltatások jelentősége a 3 éves kor alatti és a 3 éves kor feletti ellátásban, 2018–2019 (Forrás: EACEA 2019)

Az alkalmazott módszertan ebben az összehasonlításban is a 10%-os, létszámra vetített szintet tekintti szignifikáns aránynak. A magánszereplők definíciójára a 2017-es OECD-tanulmányban is használt meghatározást vették át (OECD 2017).

A következő összehasonlítás azt vizsgálja, hogy a korai ellátási intézményrendszer elemei közötti nem fedezett időszak milyen hosszú. A születést közvetlenül követő ellátások a szülés után több-kevesebb ideig állnak rendelkezésre, majd a különböző ellátások jellemzően jóval az iskolába lépés előtt elkezdődnek. Az erre vonatkozó mutató azt igyekszik megragadni, hogy milyen hosszú időt töltenek a gyermekek (és szüleik) az ellátási fázisok között, s hogy mennyi a fedezetlen vagy a nem kellő mértékben lefedett időtartam hossza.

A vizsgálat eredményét az 5. ábrán található diagram és táblázat foglalja össze. Mint látható, a fedezetlen időszak problémája releváns kérdés, az országok többségében jelen van és a hossza akár több évre is terjedhet. A magyar adaton az elsőre meglepően jelen lévő egyéves hiány oka az, hogy a kalkuláció – helyesen – csak az adekvát kompenzációnak tekinthető ellátásokat veszi figyelembe, így a minimális tartalmú, segély jellegű formákat nem tekinti ilyennek.

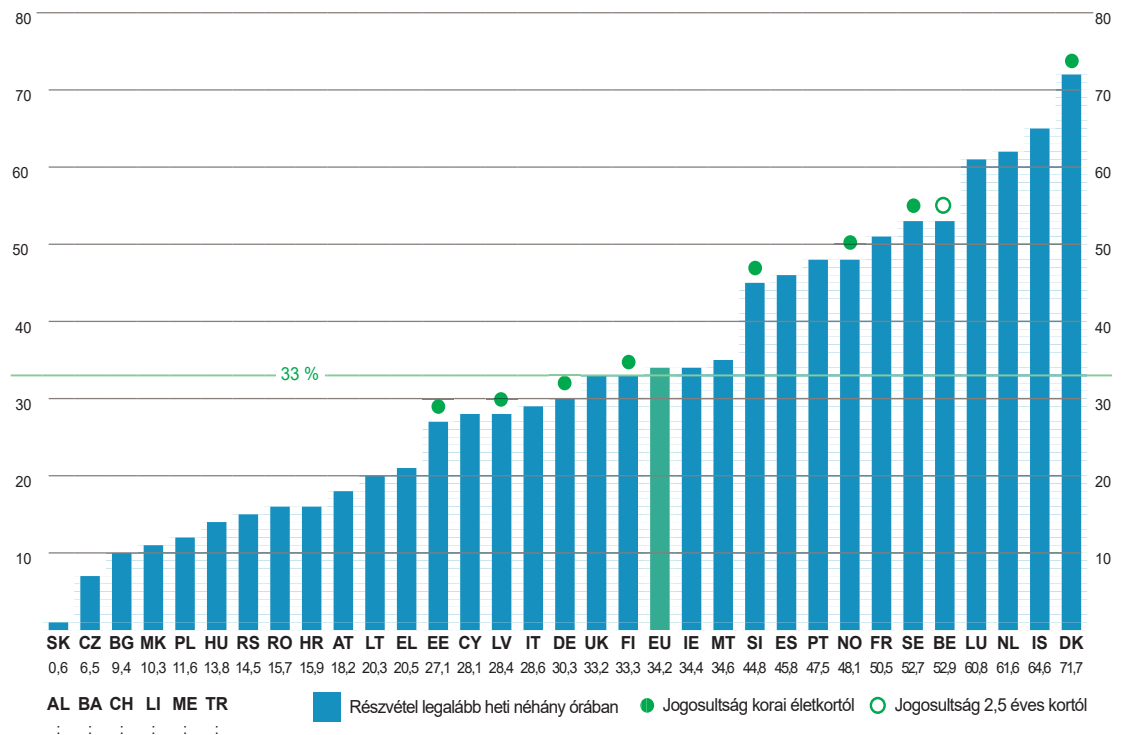


5. ábra. A korai ellátási intézményrendszer elemei közötti nem fedezett időszak (childcare gap) alakulása, 2017 (Forrás: EACEA 2019)

A vizsgált fejlett országok körében tehát az ellátások közötti szünet jelenléte kifejezetten releváns problémának számít. Magyarország az egy évnél rövidebb értékkel az első harmadban található, tehát itt kifejezetten rövid az az idő, amikor esetlegesen hiányos lehet az ellátási formák közötti átlépés.

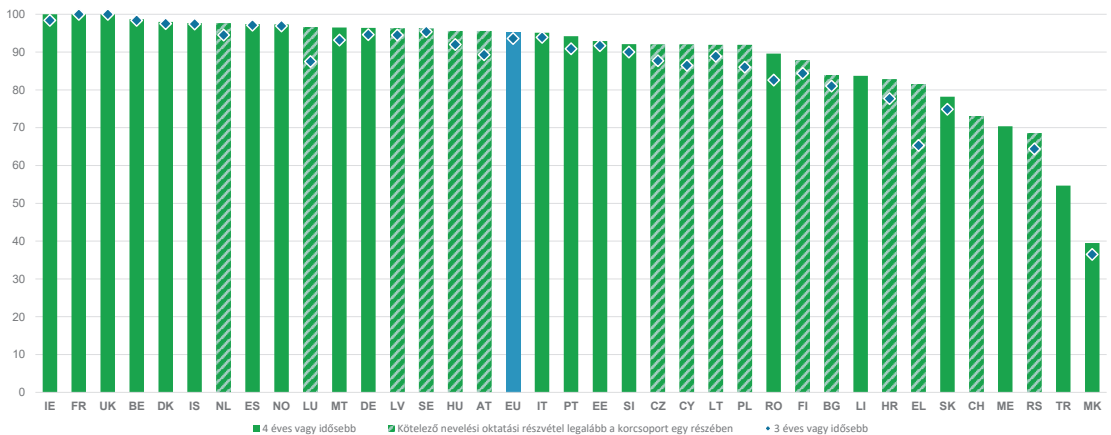
A kora gyermekkori nevelés és a kiskorú gyermekek gondozása a különböző országokban jelentős eltéréseket mutat, ezért a részvételi arányok tekintetében nehéz nemzetközi összehasonlítást adni. Az elemzett európai országok felében a 3 év alatti gyermekek ellátásáért a családi vagy szociális jóléti hatóságok felelősek, nem az oktatási hatóságok. Ezen országok egy részében az érintett gyermekek számára nyújtott szolgáltatásokat nem tekintik oktatásnak, ezért nem szerepelnek az ezekkel a témákkal foglalkozó oktatási statisztikákban, amelyek egyébként a kisgyermekkori nevelési és óvodai részvételi arányok nemzetközi összehasonlításának fő forrásai.

Kevés európai ország garantálja az ellátást 3 éves kor alatt, ezért az érintett családok többsége ellátási hiányosságokkal szembesül abban az időszakban, amikor a gyermeket sem gyermekgondozási díj, segély, sem pedig garantált hely nem fedezi. Néhány ország több mint egyéves gyermekgondozási szabadságot biztosít. Mivel a gyermekek ez alatt általában nem vesznek részt az ellátórendszerben, ez csökkenti a 3 év alatti gyermekek részvételi arányát. Az adatok így is azt mutatják, hogy az EU28-ban átlagosan minden harmadik 3 év alatti gyermek részt vesz valamilyen típusú központi ellátásban (EACEA 2019). A megoszlás a 6. ábrán látható.



6. ábra. A nevelési-oktatási intézményekben való részvételi arány 3 éves korig, 2017 (Forrás: EACEA 2019)

A 4 éves kor feletti időszakban az egész EU-régió esetében jellemző, hogy a gyermekek 95% feletti része jár különböző, ellátást nyújtó intézményekbe. Mivel a kora gyermekkori ellátások egyik általános célja a gyermekek általános iskolai felkészítése, ez pedig, ahogy a gyermekek egyre jobban megközelítik az általános iskolás kort, egyre fontosabbá válik az oktatási folyamatban. Az Európai Bizottság kiemelte az oktatási rendszerbe történő korai belépés fontosságát; ennek értékelési és policy-kereteit uniós szinten 2009-ben alkotta meg. Az eredményeket, illetve a jelenlegi helyzetet mutatja be a 7. ábra.



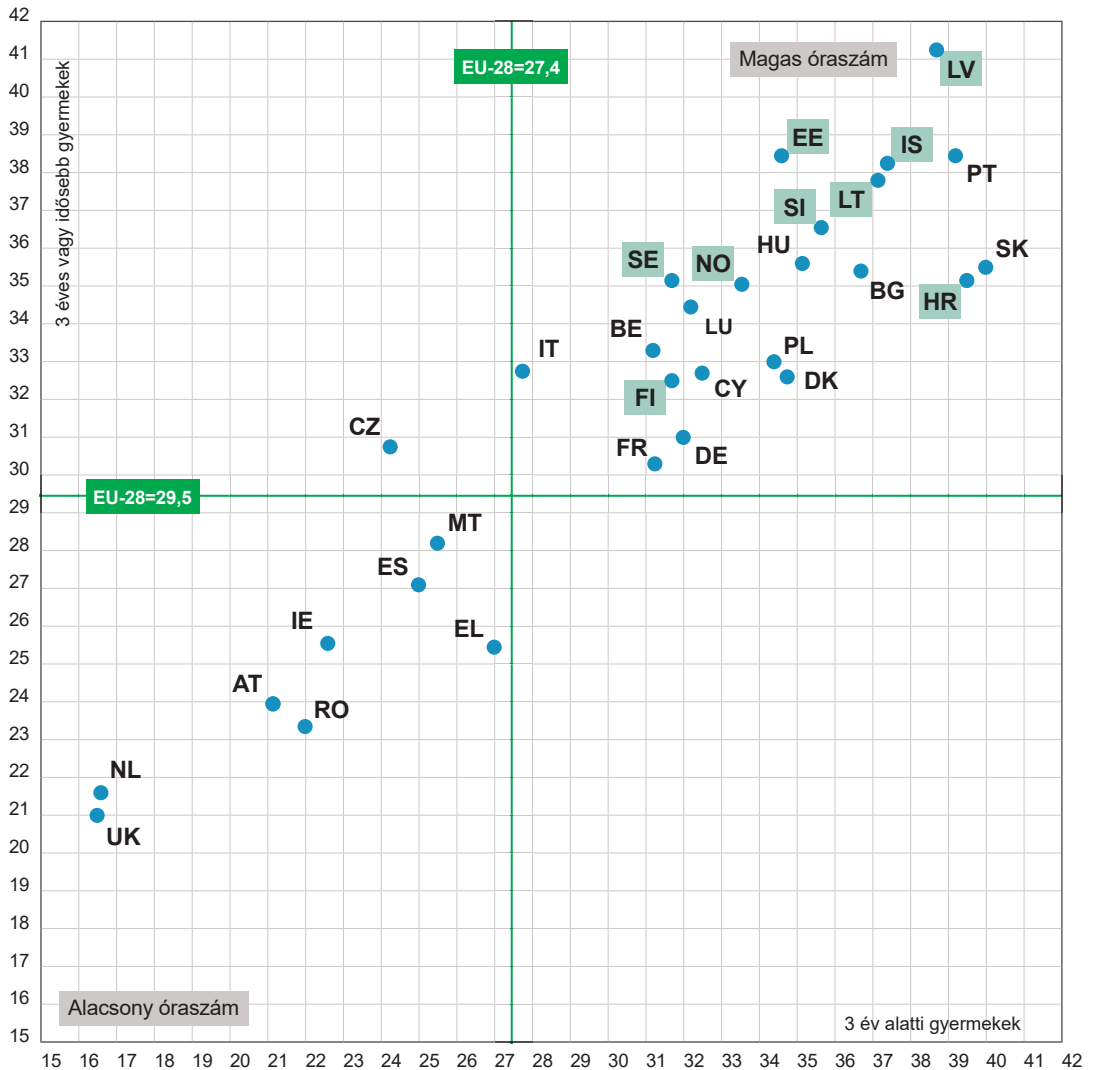
	IE	FR	UK	BE	DK	IS	NL	ES	NO	LU	MT	DE	LV	SE	HU	AT	EU	IT	PT	
4 éves vagy idősebb	100	100	100	98,7	98	97,7	97,6	97,4	97,3	96,6	96,5	96,4	96,3	96,3	95,6	95,6	95,4	95,4	95,1	94,2
3 éves vagy idősebb	98,4	100	100	98,4	97,5	97,4	94,5	97,1	96,9	87,5	93,2	94,6	94,5	95,4	92	89,3	93,6	93,9	90,9	
	EE	SI	CZ	CY	LT	PL	RO	FI	BG	LI	HR	EL	SK	CH	ME	RS	TR	MK		
4 éves vagy idősebb	92,9	92,1	92	92	91,9	91,9	89,6	87,8	83,9	83,7	82,8	81,5	78,2	73,1	70,4	68,6	54,7	39,5		
3 éves vagy idősebb	91,7	90	87,7	86,5	88,9	86	82,6	84,4	81		77,7	65,3	74,9			64,4		36,5		

7. ábra. A nevelési-oktatási intézményekben való részvételi arány 4 éves kor és a kötelező alapfokú oktatás megkezdése közötti életkorban, 2017 (Forrás: EACEA 2019)

Az oktatásra és képzésre vonatkozó (EU 2020) referenciaérték azt írja elő, hogy 2020-ig a 4. életév és a kötelező alapfokú oktatás kezdete közötti korban lévő gyermekek legalább 95%-ának kora gyermekkori nevelésben kell részt vennie. A kötelező alapfokú oktatás kezdő kora Európában általában 6 éves kor körül van – ahogy Magyarországon is –, bár van néhány kivétel. A gyermekek legkorábban (4-5 éves kortól) Máltán és az Egyesült Királyságban kezdik meg a kötelező általános iskolát. Nyolc országban az alapfokú oktatás 7 éves korban kezdődik (Bulgária, Észtország, Horvátország, Lettország, Litvánia, Lengyelország, Finnország és Svédország). És természetesen rugalmasabb gyakorlatok is elképzelhetők.

A legfrissebb adatok szerint – amint a 7. ábrán is látható – az országok többségében az érintett korosztályra vonatkozó európai szintű referenciaértéket már elérték, és 3 éves kortól is jónak mondható a helyzet. A részvételi arány 15 EU-tag országban (15 EU-tag állam) magasabb, mint az EU referencia-értéke. Hét további EU-országban az arányok nagyon közel állnak a célhoz (több mint 90–95% közötti értékek), és Magyarország pozíciója kifejezetten jónak mondható.

A 8. ábra azt mutatja be, hogy az intézményekben nyújtott ellátások átlagosan milyen intenzitású szolgáltatásokat jelentenek. Ebben külön dimenzióban szerepelnek a 3 éves kor alatti és feletti ellátások.

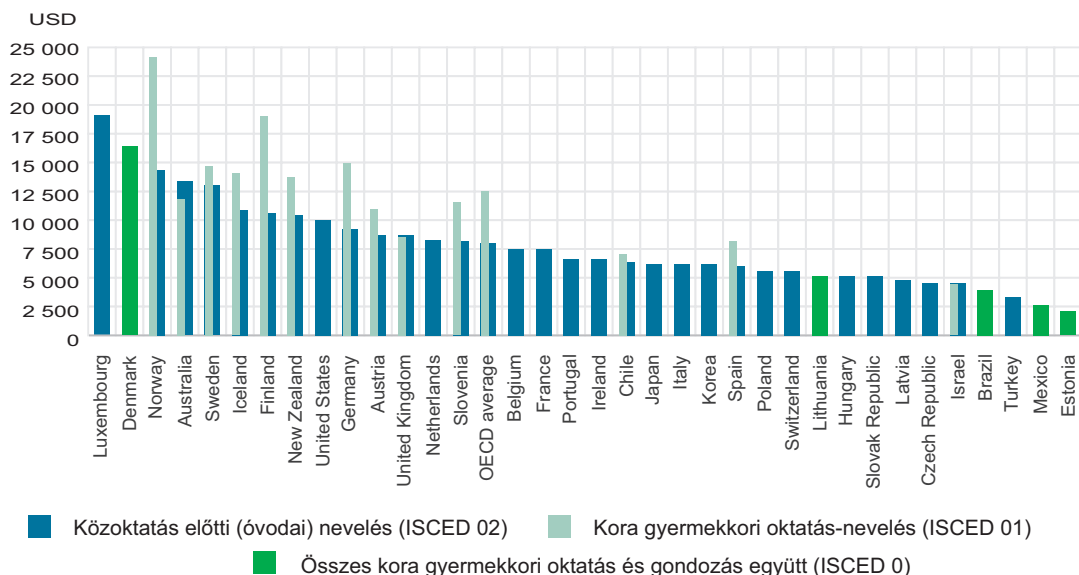


	SK	CZ	BG	MK	PL	HU	RS	RO	HR	AT	LT	EL	EE	CY	LV	IT	DE	UK	FI	EU
3 év alatti gyermekek	40,0	24,1	36,9	38,0	34,4	35,3	33,7	22,0	39,4	21,1	37,0	27,0	34,7	32,5	38,9	27,7	32,0	16,5	31,8	27,4
3 éves vagy idősebb gyermekek	35,5	30,3	35,6		33,0	35,7		23,3	35,3	23,9	37,9	25,6	38,5	32,8	41,2	32,7	31,0	21,0	32,5	29,5
	IE	MT	SI	ES	PT	NO	FR	SE	BE	LU	NL	IS	DK	AL	BA	CH	LI	ME	TR	
3 év alatti gyermekek	22,6	25,6	35,8	25,0	39,1	33,6	31,1	31,8	31,1	32,0	16,7	37,3	34,7							
3 éves vagy idősebb gyermekek	25,5	28,1	36,6	27,1	38,5	35,0	30,5	35,2	33,3	34,6	21,6	38,1	32,7							

8. ábra. Átlagos nevelési-oktatási intézményekben töltött heti óraszám, 2017 (Forrás: EACEA 2019)

Jól látható, hogy az ellátások az életkori szakasztól függetlenül jellemzően ugyanabban a negyedben találhatóak. Tehát az egyes tagállamok gyakorlatában mindkét ellátási formában egyaránt viszonylag alacsony vagy magas heti óraszám figyelhető meg. Ennek köszönhető, hogy az eredmények egy szinte teljesen szabályos 45 fokos egyenes mentén szóródnak.

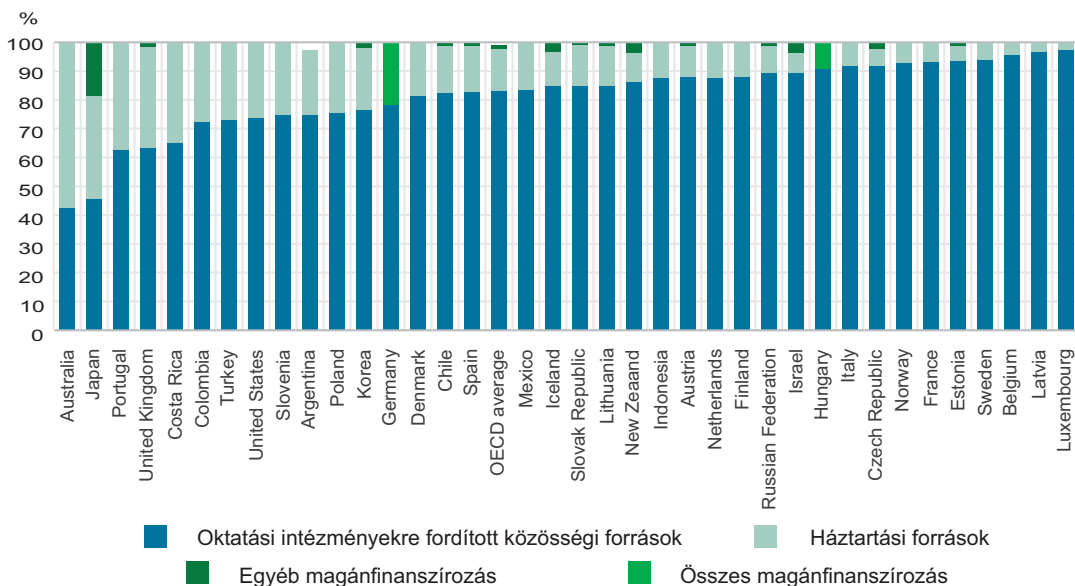
Az 9. ábrán az OECD összehasonlító adatgyűjtésének eredményeit mutatjuk be.



9. ábra. Egy gyermekre jutó átlagos költség a korai nevelési-oktatási ellátásban, 2013 (Forrás: OECD 2017)

Magyarország a kora gyermekkori ellátási területen megvalósuló költségek tekintetében OECD-összehasonlításban gazdasági pozíciójának megfelelő helyzetben van, ha az egy gyermekre vetített átlagköltségeket tekintjük. A költségek szintjének összehasonlítása nem feltétlenül minőségi különbségeket takar, hiszen az ellátások tartalmában, formájában és intenzitásában is jelentős eltérések tapasztalhatók az egyes országok között. Ennek megfelelően a fenti ábra csak egy átfogó kép megalkotására alkalmas.

A 10. ábra a költségek forrás szerinti megoszlását mutatja be.



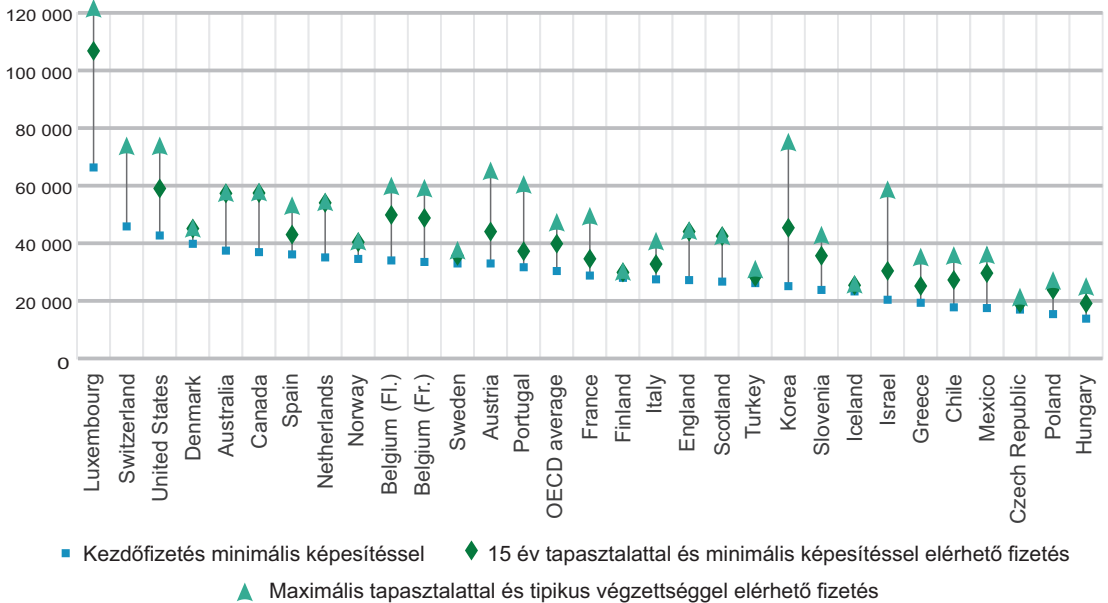
10. ábra. A kora gyermekkori nevelési-ellátási rendszer finanszírozásának megoszlása a finanszírozás forrása szerint, 2013 (Forrás: OECD 2017)

A források megoszlása alapján jól látható, hogy az európai kontinentális modellben nem magyar sajátosság, hanem általánosnak mondható a közösségi finanszírozás jelentős szerepe, és a kizárólag

vagy nagy részben privát források szerepe jóval ritkább. A magyarországi megoszlás ezen belül is magasnak mondható a 90% feletti értékkel. A költségeket viselő felek megoszlására vonatkozó adat (háztartások, illetve egyéb formák, pl. alapítványi finanszírozás közötti arányok) nem ismert.

A bérek tekintetében ugyanakkor jelentősen kedvezőtlenebb pozíció adódik az összehasonlításban, ami a 11. ábrán látható adatok alapján a szolgálati idő növekedésével sem alakul érdemben kedvezőbb irányban.

Vásárlóerő-paritáson
vett USD ekvivalens



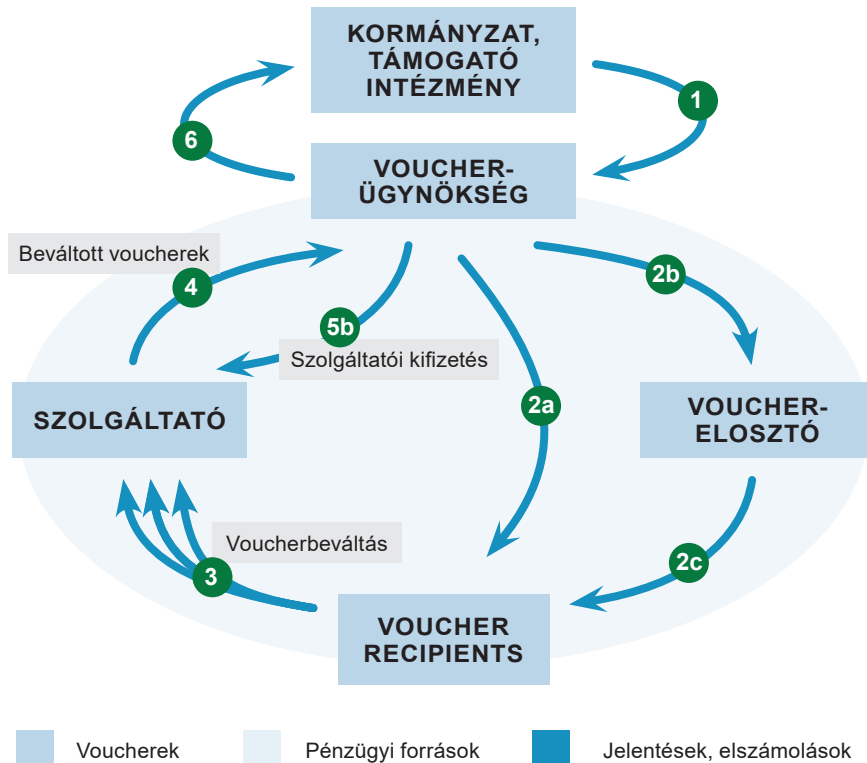
11. ábra. A főállású pedagógusok bérezésének alakulása az iskoláskor előtti intézményrendszerben; vásárlóerő-paritáson mért összehasonlító értékek, 2014 (Forrás: OECD 2017)

Az összehasonlítás alapján a bérek tekintetében a magyarországi ellátórendszer vásárlóerő-paritáson mérve is egyértelműen az utolsó helyen áll, a régiós pozícióban hasonlóan kedvezőtlen cseh és lengyel rendszerrel egy csoportot alkotva. Ezek az adatok kifejezetten aggasztóak az ellátás minősége szempontjából, és arra is következtetni engednek, hogy az új finanszírozási formák beépítése inkább kiegészítő forrásként jelenhetne meg a rendszerben, hogy egy ilyen módosítás érdemi hatást váltson ki.

4. A VOUCHERRENDSZEREK MŰKÖDÉSE

A voucherrendszerek alkalmazása a vizsgált ellátási módban egy komolyabb lépést jelentene a keresletoldali finanszírozási modellek előnyeinek leképezése irányában. Az alábbi szakaszban áttekintjük, hogyan működnek az ilyen típusú rendszerek, s milyen tipikus elemek és tapasztalatok jellemzik ezt a finanszírozási formát.

A 12. ábra egy ilyen rendszer működési sémáját foglalja össze. Ebben a logikában egy kormányzati vagy más ügynökség lehet a rendszer felettes irányító szerve, míg magát a voucherrendszert egy kifejezetten a voucher szervezéséért felelős intézmény működteti.



12. ábra. A voucherrendszerek működésének logikai sémája (Forrás: SANDIFORD et al. 2005)

Az állami támogatásokat elosztó utalványrendszerek esetében a folyamat a teljes finanszírozást lefedő források utalványügynökségnek történő átutalásával kezdődik (1-es lépés). Az utalványokat ezután egy utalványügynökség állítja elő és osztja el a célcsoport számára. Az elosztás több módon is történhet. Direkt esetben az ügynökség közvetlenül is végezheti ezt a műveletet (2a lépés), de a voucherok elosztását harmadik félként belépő szereplők, pl. civil vagy szakmai szervezetek, illetve más intézmények is végezhetik (pl. szociális ellátórendszer tagjai, helyi önkormányzati szervek stb.; 2b lépés). Ekkor az érintett disztribútor fél ápol szoros kapcsolatokat az ügyfelekkel, és az eszközök tőle jutnak el a céljukhoz (2c lépés).

Az utalványok kedvezményezettjei az utalványokat a választott egészségügyi szolgáltatónál veszik igénybe, és ott, helyben használják fel (3-as lépés), ahol árukra vagy szolgáltatásokra cserélik, illetve részleges fizetésként használhatják fel őket. A szolgáltatók a felhasznált utalványokat visszaküldik az utalványügynökségnek (4-es lépés), melyet a szükséges információk átadása is követ. Az ügynökség ezután

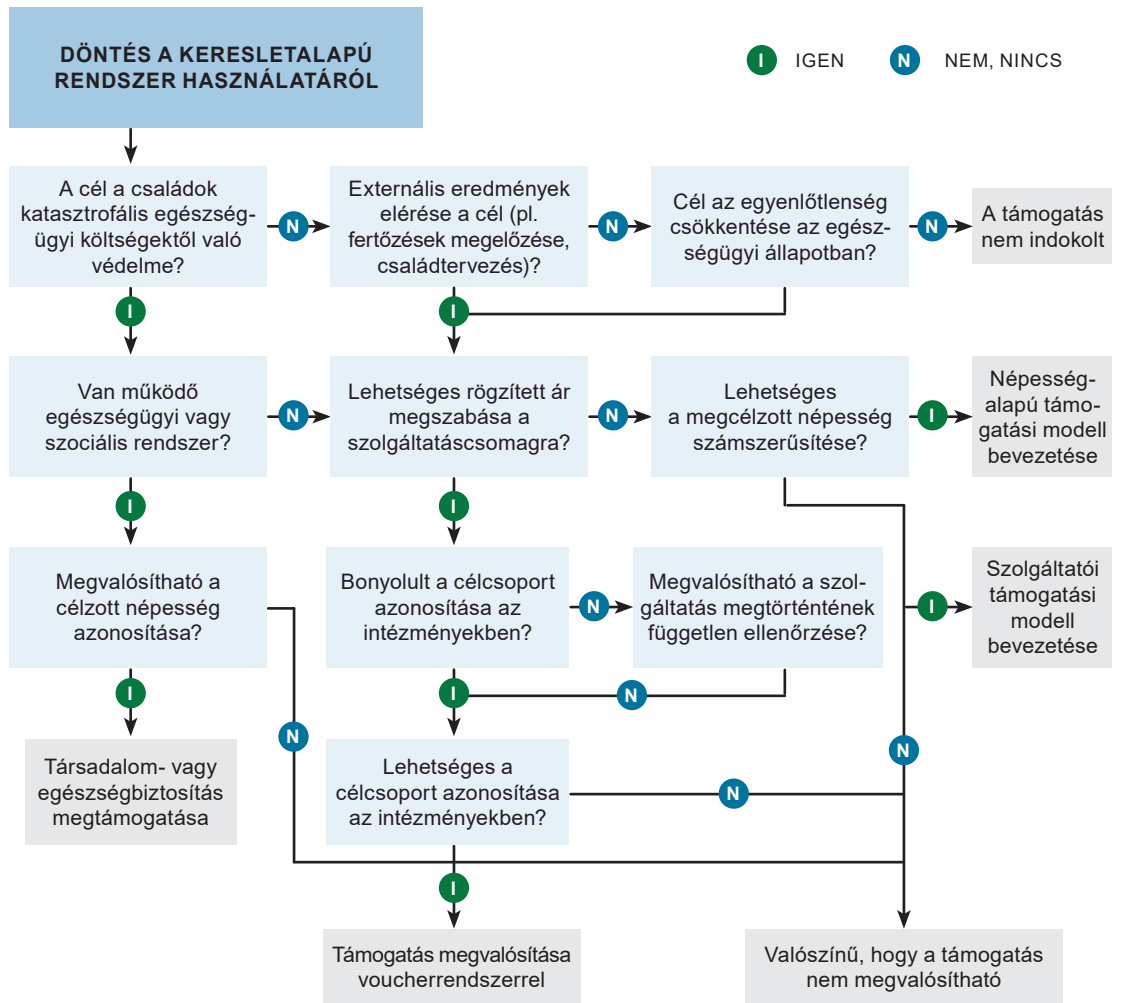
fizeti ki a szolgáltatónak az egy-egy típusú ellátásra előre jóváhagyott összeget minden visszaadott utalványért (5-ös lépés). Végül az utalványügynökség kiértékeli a program eredményeit, és beszámol róla a támogatást nyújtó kormányzati szereplőnek, adományozónak vagy egyéb finanszírozónak (6-os lépés).

A bevezetést egy megvalósíthatósági tanulmány elkészítése előzi meg, ahol a döntéshozóknak össze kell gyűjteniük az információkat arról, hogy a probléma megoldása érdekében mi történt korábban, s hogy milyen lehetőségek vannak az utalványrendszer használatára, illetve milyen korlátok merülnek fel.

Az idézett tanulmány (SANDIFORD et al. 2005) e szempontok vizsgálatához néhány konkrét kérdést javasol:

- Ha már korábban is létezett hatékony beavatkozás a területen, akkor miért maradt fenn a probléma?
- Mi a jelenlegi szolgáltatási szint?
- Jelenleg támogatják-e az érintett szolgáltatásokat? Mennyire elérhetőek ezek a szolgáltatások?
- Kik a legfontosabb érdekelt felek, és mik az érdekeik a rendszerben?
- Kik a javasolt utalványrendszer fő kedvezményezettjei?
- Milyen kulturális tényezők befolyásolhatják a támogatási rendszer sikerességét?
- Milyen jogi és szabályozási kérdések befolyásolhatják a támogatási rendszer sikerét?
- Milyen intézményes lehetőségek és korlátok jellemzik a helyzetet?

A 13. ábra a voucher alapú finanszírozási rendszerek létrehozását támogató logikai sémát mutat be, melyen látható, milyen döntési folyamattal készíthető elő egy ilyen rendszer kialakítása és bevezetése, ha már a konkrét célcsoport, a célzott terület meghatározása megtörtént.



13. ábra. Keresletalapú voucherrendszerek létrehozásának döntési folyamatábrája (Forrás: SANDIFORD et al. 2005)

A különféle egészségügyi szereplők szerepéről és érdekeiről szóló információk összegyűjtése során lehetőségek merülhetnek fel a lehetséges partnerségek azonosítására, de ugyanígy az ellenérdekeltektől vagy a bevezetésre alkalmatlan felektől is azonosíthatók.

Kulcsfontosságú kérdés, hogy a kormányzat mennyire nyitott egy olyan rendszer számára, amely megszakítja a szolgáltatókkal a támogatások felhasználásában eddig meglévő direkt kapcsolati láncot. Hasonlóképp kérdéses, hogy a magánszolgáltatók hajlandók-e partnerséget kötni az állami szektorral, hajlandók-e ajánlatot tenni a szerződésre, utalványokat elfogadni fizetesként, hajlandók-e aláírni a szolgáltatási szerződéseket, követni a szigorú betegkezelési protokollt, és részt venni akkreditációs rendszerben. A különféle érdekelt felek reakcióinak értékelése értékes információt nyújthat a következő szakaszban, a megvalósíthatósági értékelésben.

A partnerek itt különféle típusú hozzájárulással vehetnek részt. Egyesek szolgáltatásokat nyújthatnak, míg mások technikai segítséget. Egyesek utalványokat oszthatnak el, más adományozók pedig lojbizhatnak. Alapvető fontosságú, hogy figyelemmel kísérjük azokat az intézményeket, melyek képesek lennének ellátni az utalványügynökség döntő szerepét.

A meglévő szolgáltatásnyújtás elemzése valószínűleg nem képes azonosítani a potenciálisan legértékesebb partnereket. Például lehet, hogy a szervezetek szorosan együttműködnek a célpopulációval, de jelenleg nem nyújtanak olyan szolgáltatásokat, amelyek a választott egészségügyi problémát kezelnék. A döntéshozóknak szem előtt kell tartaniuk, hogy a partnerségek ebben a szakaszban csak ideiglenesek, és a tervezési szakaszban kell formalizálni őket, amikor a szerződéseket tárgyalják és aláírják.

Mrigesh Bhatia és szerzőtársai egy indiai példa esetében a 14. ábrán látható keretben értelmezik az elindított voucherrendszer logikáját és tulajdonságait (BHATIA et al. 2006). A kialakított rendszer gyakorlati előnyeit elég jól mutatja ez az összeállítás, mert látható, hogy egy ilyen rendszer milyen előnyöket mutat a gyakorlatban: a finanszírozás követi az ügyfeleket, akik számára a választás szabadsága nagymértékben biztosított. Jól célozható a támogatás, és a szolgáltatói versenyztetés is integrálható. Ugyanakkor lehetőség van a szolgáltatási csomag előre meghatározására és felső limitek alkalmazására is.

Tulajdonság	Jelenlegi stratégia	Viselkedésre ható ösztönzők	Közvetlen kifizetések	Egészség-biztosítás	Voucherrendszer	Versenyző voucherrendszer
A finanszírozás követi a pácienszt	nem	nem	igen	igen	igen	igen
Célzás	nem	igen	-	igen	igen	igen
Ügyfélválasztás	nem	nem	igen	tervtől függ	nem	igen
Szolgáltatói verseny	nem	nem	igen	tervtől függ	nem	igen
Meghatározott szolgáltatáscsomag felső költségű limittel	nem	igen	-	igen	igen	igen

14. ábra. Keresletalapú voucherrendszerek alternatíváinak összehasonlítása (Forrás: BHATIA et al. 2006)

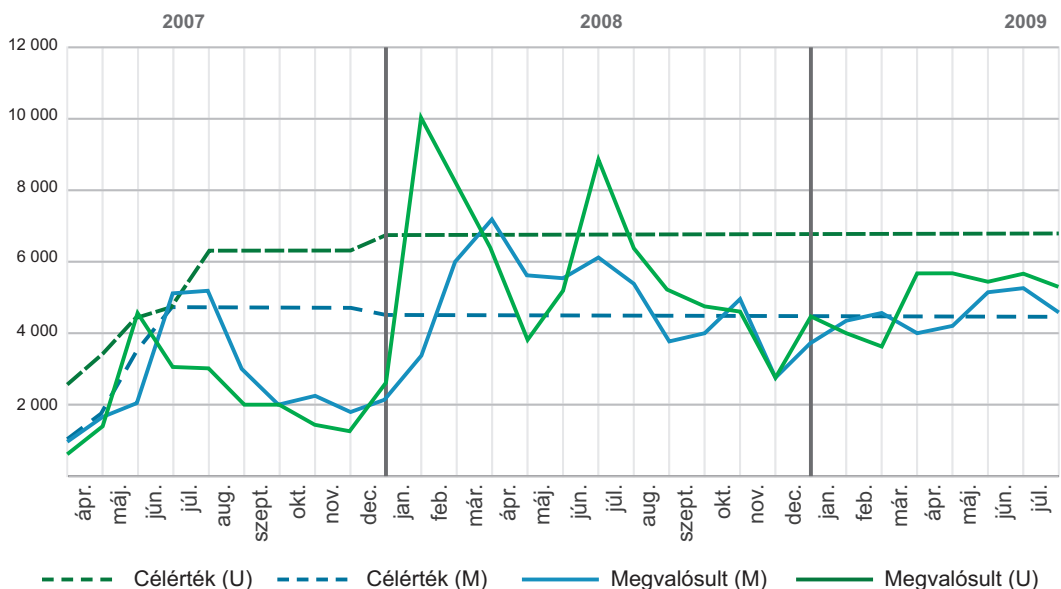
Egy működő voucherrendszer szabályozása a konkrét beavatkozások szintjén rögzíti a beavatkozásokat, műveleteket és az ezekhez kapcsolódó finanszírozást. Jól illusztrálja ezt a 2004-től fokozatosan bevezetett és 2010-ben értékelt bangladesi ellátási rendszer, melynek finanszírozási tábláját a 15. ábra mutatja be.

A szolgáltatás leírása	Teljes költségösszege	Ösztönző kifizetés
Rutinvizsgálat	-	-
Regisztráció	-	10
2 ANC vérvizsgálat	$(35 \times 2) = 70$	-
2 ANC vizeletvizsgálat	$(35 \times 2) = 70$	-
3 ANC ellenőrzés	$(50 \times 3) = 150$	$(25 \times 3) = 75$
1 ANC ellenőrzés	50	25
Normál szállítás	300	150
Gyógyszerek	100	-
Szülészeti komplikációk	-	-
Szülés utáni műveletek	1000	500
Eclampsia gyógyszereszuksége	1000	-
Császármetszés	6000	3000

15. ábra. Keresletalapú voucherrendszer rögzített ellenértékei, Banglades, 2010 (Forrás: GTZ 2010)

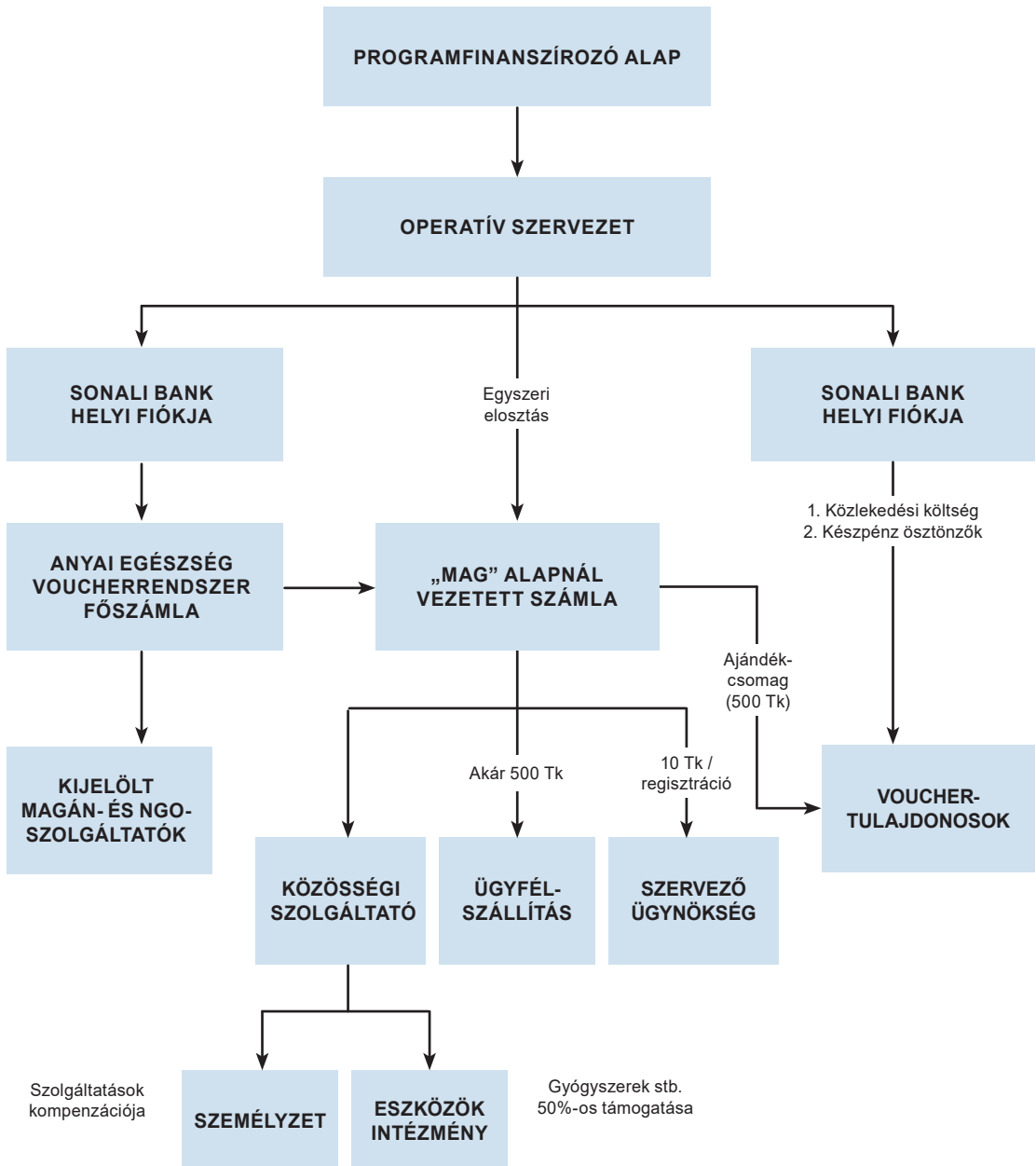
Egy jól felépített rendszerben tehát az általános egészségügyi finanszírozáshoz hasonlóan strukturált, jól definiált és részletes szabályozásra van szükség ahhoz, hogy a működtetés fenntartható legyen. A működtető intézményrendszer és a megfelelő pénzügyi alapok szintén elengedhetetlenek ahhoz, hogy az újonnan kialakított rendszer stabil és eredményes legyen (MORGAN 2011).

A folyamat során lényeges szerepe van a rugalmasságnak (a bangladesi példában a jó minőségű előkészítés és szervezés ellenére is jelentős eltérések voltak tapasztalhatók a teljesítményben). A 16. ábra mutatja, hogy egy rendszer felállása egyrészt nem kevés időt igényel, a bizonytalanság és az ingadozás tartósan jelen van, továbbá a megvalósult sikeres elérés még hosszabb idő után is elmaradhat az eredetileg tervezett mennyiségekhez képest.



16. ábra. Az elosztott voucherek tervezett és megvalósult havi mennyisége, 2007–2009 (Forrás: GTZ 2010)

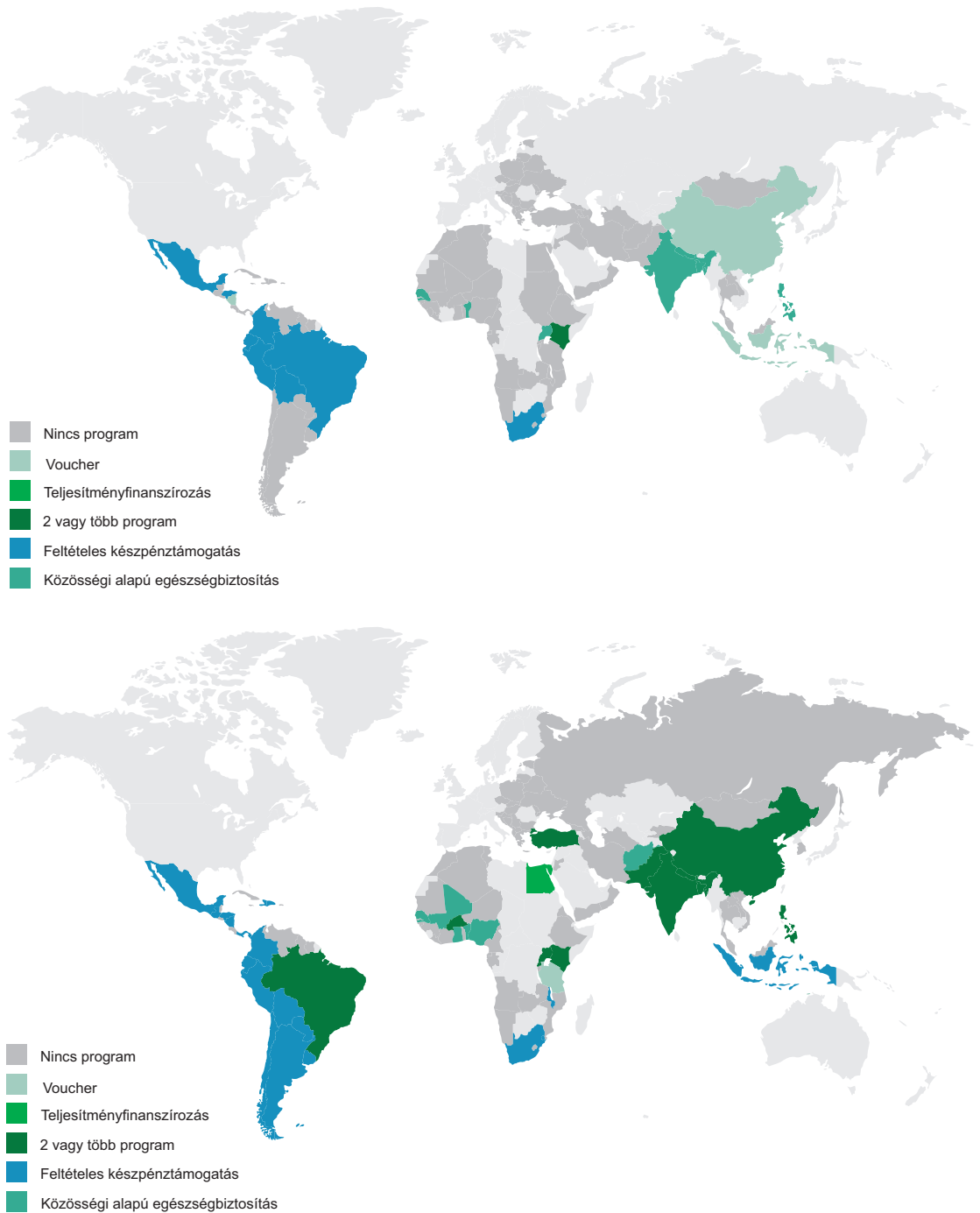
Egy 2010-ben készült értékelő tanulmányban jó példát találunk arra, hogy részleteiben hogyan épülhet fel egy voucherbevezetési projekt (SCHMIDT et al. 2010). A 17. ábrán látható, hogy a közvetlen projektszervezet mellett jelentős szerepe van a finanszírozás szervezésében szerepet vállaló különböző helyi bankoknak éppúgy, mint az ellátásokhoz való hozzáférésben nélkülözhetetlen közlekedési szolgáltatóknak. A rendszer eredményességéhez alapvetően szükséges, hogy felmérjék az ilyen jellegű kiegészítő szereplők megjelenésére vonatkozó igényeket, és minden területen megfelelő mennyiségű és minőségű partnert vonjanak be.



17. ábra. A voucherprogram gyakorlati bevezetésének projektszervezete, Banglades (Forrás: SCHMIDT et al. 2010)

Végül egy szemléletes ábrán bemutatjuk, hogy a keresletalapú modellek megjelenése milyen széles körben változtatta meg az ellátások világát az alacsony és a közepes jövedelmű régiók esetében. Egy tanulmány (BOWSER et al. 2016), mely az anyák és a gyermekek egészségét javító keresleti és kínálati

oldali egészségügyi finanszírozási programok végrehajtásának eredményeit vizsgálta, arra a megállapításra jutott, hogy az eredményességet befolyásoló hatások jelenleg még csak korlátozott mennyiségű bizonyíték alapján becsülhetők meg. A keresleti és a kínálati oldali egészségügyi finanszírozási programok aránya a keresleti oldal irányába változott: a vizsgált 147 országból 45-ben legalább végrehajtottak egy ilyen projektet. A 18. ábrán látható, hogy 10 év alatt globális szinten jelentős mértékben elterjedt ennek a modellnek az alkalmazása.



18. ábra. Keresletalapú finanszírozási modellek globális elterjedése 2000–2010 között (Forrás: BOWSER et al. 2016)

5. MÉRÉSEK ÉS TAPASZTALATOK

Ebben a fejezetben néhány projekt értékelésén, valamint átfogó vizsgálatokat összegző tanulmányok eredményein keresztül mutatjuk be, milyen tapasztalatokat hozhat a keresletoldali finanszírozási modellek bevezetése.

Egy projekt részletes bemutatását és átfogó értékelését tartalmazza a GTZ intézet által 2010-ben készített munka, ami egy Bangladesben megvalósult keresletoldali finanszírozási projekt közgazdasági értékelését tűzte ki célul (GTZ 2010).

A jelentés tárgya egy kísérleti projekt, amelynek célja az anyák egészségének javítása, ösztönözve az alacsony jövedelmű várandós nők biztonságos anyai egészségügyi szolgáltatásokkal való ellátását, beleértve az anatólis gondozást, a képezített szolgáltatók általi ellátást, a sürgősségi szülészeti és posztnatális ápolást egyaránt.

A projektben a célcsoport tagjai, az alacsony jövedelmű várandós nők voucher jellegű utalványokat kapnak, melyek feljogosítják őket ingyenes anyai egészségügyi szolgáltatásokra, szállítási támogatásokra, pénzbeli ösztönzőkhöz való hozzáférésre a minősített szolgáltatónál történő szállításhoz (akár otthon, akár egy kijelölt létesítményben); ezek mellett egy ajándékdoz is a csomag részét képezi. A projekt során az érintett szolgáltatók ösztönzőket kapnak az utalványok terjesztésére és az utalványok által fedezett szolgáltatások nyújtására.

A programot Banglades Egészségügyi és Családjóléti Minisztériuma hajtotta végre a Világbank, az Egyesült Királyság, az Európai Közösség, Németország, Svédország, Kanada, Hollandia és az Egyesült Nemzetek által társfinanszírozott összevont alapok felhasználásával. Az értékelés a 2009 júniusa és decembere között történt. 21 *upazila* (kistérség) adta a területi régiót, ahol a program 2007 közepére már működött, így az értékelés kétéves tapasztalatok alapján történt meg.

A keresletoldali hatások tekintetében az eredmények azt mutatják, hogy a programnak általánosan példátlan pozitív hatása van az anyai egészségügyi szolgáltatások igénybevétele tekintetében.

A 16 kezelt és 16 kontrollkistérségben összesen 2208 nőre vonatkozó adatfelvételre épülő értékelés alapján a legfontosabb eredmények a következők:

- A bevont szolgáltatók részvétele a program kistérségeiben kétszerese volt (64%) a kontrollrégiók hasonló értékének (27%).
- Az intézmények esetében a nyújtott output hasonlóan kétszeres volt (38%) a kontrollhoz képest (19%).
- A program régióiban élő nők szignifikánsan nagyobb valószínűséggel vettek igénybe legalább 3 alkalommal egészségügyi szolgáltatást (55%), mint a kontrollrégiók lakói (34%).
- A kezelt régiókban élő nők szignifikánsan nagyobb valószínűséggel igényeltek posztnatális szolgáltatásokat (36%), mint a kontrollterületeken élő nők (21%).
- Az anatólis és posztnatális szolgáltatások teljes költsége, beleértve a szolgáltatások célba juttatását is összességében alacsonyabb volt a programrégióban (Tk. 1441), mint a kontrollterületeken (Tk. 2191).

Az eredményeket szigorú többváltozós regressziós elemzéssel is megvizsgálták, ami a széles körű kontrollváltozók mellett is igazolni látszik a fenti hatásokat. Az eredmények a mérés óta is ígéretesek. A jelentős hatáshoz természetesen hozzájárul az alacsony bázis, hiszen a bangladesi területeken az anyai mortalitás kiugróan magas. Az anyai halálozás csökkentése természetesen újszülött életeteket is megment, és jelentős társadalmi-gazdasági előnyökkel jár a családok és a társadalom számára egyaránt.

A kínálati oldali hatások kevésbé átütőek a program hatásvizsgálati eredményei alapján. A szolgáltatók a programterületeken további támogatást kaptak, ennek célja a szolgáltatási minőség javítása volt.

- A programterületen működő szolgáltatók képesek voltak a szignifikánsan nagyobb számú beteg ellátására az utalványokkal fedezett szolgáltatások kapcsán, mint a kontrollterületeken található hasonló intézmények.
- A halva született gyermekek aránya lényegesen alacsonyabb volt a programterületi intézményekben, mint a kontrollban. Az újszülöttek halálozási aránya szintén lényegesen alacsonyabb volt, és az intézmények között nincs statisztikailag szignifikáns különbség az anyák halálozási arányának vonatkozásában.
- A személyzethiány az egészségügyi létesítményekben komoly kihívást jelentett a program végrehajtása szempontjából. A nemzeti és a regionális érintettek egyaránt aggályaikat fejezték ki a személyzet hiánya miatt, ami hozzájárul az egészségügyi intézményekben tapasztalható hosszú várakozási időkhöz és az ott dolgozó egészségügyi alkalmazottak túlterheléséhez.
- A programterületen a vizsgált időszakban általában jellemző volt, hogy a szolgáltatók nagyobb arányban rendelkeztek a normál és az összetett esetekhez szükséges eszközökkel és készletekkel, emellett több ajánlott felszereléssel és gyógyszerrel is fel voltak szerelve. Mindez feltehetően a program hatására bővült finanszírozás következtében jött létre.
- A szolgáltatók körülbelül háromnegyede jelezte, hogy pozitívan értékeli a program hatásait. A jellemzően említett negatívum a megnövekedett munkaterhelést nem kellő mértékben ellensúlyozó kompenzációra vonatkozott.

Az értékelés külön vizsgálta a voucherrendszer eredményességét és hatékonyságát. Ezeket kvalitatív interjúkkal, valamint egy háztartási körben végzett kvantitatív felmérés segítségével is értékelték. A fejezet elején említett tanulmány (GTZ 2010) a legfontosabb megállapításokat témakörök szerint csoportosítva az alábbiak szerint mutatja be:

Célzás és támogathatóság:

- Összességében a program régiókban élő nők 71% -a kapott utalványfüzetet.
- A rossz anyagi körülmények között élő nőket korlátozottan célozta meg a program azokban a kistérségekben, ahol az utalványok jogosultságát férfiak ellenőrzik. A nőknél a legalacsonyabb kvintilisbe tartozók szignifikánsan nagyobb valószínűséggel kapnak utalványokat, mint a leggazdagabb kvintilisből származó nők. Azon nők esetében jelentős a veszteség, akik nem felelnek meg a földtulajdon-kritériumoknak (az utalványok kedvezményezettjeinek 18%-a), az eszköztulajdon-kritériumoknak (az utalványok kedvezményezettjeinek 75%-a) és a jövedelemkritériumoknak.
- Néhány, a szegénység szűrésére vonatkozó támogathatósági kritérium nagyon szűknek bizonyult. Ez későbbi korrekcióval kezelhető lehet.
- 2007 áprilisától 2009 augusztusáig az utalványok célszámának körülbelül 80%-át kiosztották. Az eszközökkel tesztelt kistérségek közelebb állnak a kitűzött célok eléréséhez (94%), mint az általános programmal kezelt kistérségek (71%).

Ösztönző kifizetések és pénzgazdálkodás:

- A pénzeszközök folyósításában késések jelentkeztek a központi szinttől a kistérségig zajló finanszírozásban, ami operatív szinten komoly kihívást jelentett a program számára. A bangladesi kormány általános pénzügyi szabályzata, amely szerint a fel nem használt összegeket a költségvetési év végén visszaküldik a kincstárhoz, további súlyos zavart jelentett az utalványprogram során végzett műveletekben.
- A kérdőív időpontjáig a képesített szolgáltatók által nyújtott utalványos kedvezményezettek közül 69% az univerzális területeken, 67% pedig az anyagi szempontból ellenőrzött területeken jelentette be az ösztönzők használatát.

Kézpénzösztöndíj felhasználása:

- A nők többsége, akik pénzbeli ösztöndíjat kaptak a minősített szolgáltatónál való szolgáltatások igénybevétele, a program tervezésének megfelelően beszámoltak arról, hogy ételment vagy gyógyszert használtak fel.

A magánszektor szerepe:

- Kevés magán- és civil szervezet vett részt a programban, ugyanakkor ez nem is volt kimondott cél a tervezés során. Ez az irány egy potenciális továbbfejlesztési lehetőséget jelent a program számára.

- A kulcsfontosságú érintettek az interjúk tapasztalatai alapján úgy vélték, hogy a verseny serkentése és a minőség javítása érdekében nagyobb erőfeszítéseket kellene tenni a magánszektor és a nem kormányzati szervezetek utalványprogramba való bevonására.

Egyéb tapasztalatok:

- A készletek és a gyógyszerek hiánya egyértelműen külső adottságként jelentkezett, és kifejezetten akadályozta a program zavartalan működését.
- Sok utalványos kedvezményezett továbbra is fizetett a gyógyszerekért az állami egészségügyben, a bevont szolgáltatók körén kívül. Az alkalmazott eszközök segítettek ugyan a hiányok kezelésében, de nem oldották meg a problémát.

Különösen lényeges kérdés volt a program megvalósításának költsége. A vizsgált időszakban az egy kiosztott utalványra jutó átlagos költség becsült értéke a közvetlen költségek alapján kalkulálva 41 USD volt. A program adminisztratív költségein kívül ez magában foglalta a várandós nők, valamint a szolgáltatók és létesítmények ösztönzését is.

A program előnyei túlmutatnak a biztonságos anyaságon és az anyák halálozási számának csökkentésén. A program révén többek közt az egészségügyi intézményeket látogató, az anyasági célcsoporton túli, nem érintett betegek is részesülhetnek a létesítményekben bekövetkező minőségjavítás hasznaiból. Ez azért fontos, mert a költségek figyelembevétele során ezeket az externális hasznokat is figyelembe kell venni a teljes hatás értékeléséhez.

A jelentés számos ajánlást fogalmazott meg. A vezetői összefoglalóban megfogalmazott fontosabb ajánlások közül az alábbiak általánosabb értelemben is relevánsak lehetnek:

- A gyors és nagy kiterjedésű javulás az anyasággal kapcsolatos kockázatok kapcsán egyértelmű volt, miközben az utalványprogram átlagos költsége kiosztott utalványonként 41 USD volt. A program kiterjesztése indokolt Banglades más területeire is.
- A jelentés javasolja a támogatást igénybe vevő intézmények körének szélesítését, a magán- és civil szervezetek bevonását (olyanokét, melyek megfelelnek a minőségi előírásoknak). Ez tovább növelheti az utalvány kedvezményezettjei számára elérhető szolgáltatások körét, valamint a versenymechanizmusok hatása révén tovább javíthatja az igénybe vehető szolgáltatások minőségét.
- Miközben ebben a kísérleti megvalósításban a program nagy figyelmet kapott, az általánosabb kiterjesztés során erős tájékoztatási és kommunikációs kampányokat kell indítani a program előnyeinek ismertebbé tétele érdekében és a biztonságos anyaság szélesebb körű népszerűsítéséért.
- Az első időszak tapasztalatai alapján indokolt az eszközökre és az utalványokra való jogosultság szélesebb körű és alaposabb ellenőrzése. Lényeges dilemma, hogy miközben a szegénységre vonatkozó célzás nehezen megvalósítható, költséges és potenciális korrupciónak van kitéve, a rászorulók elvesztése is nagy problémát jelentett. Megoldás lehet az utalványrendszer egyetemes megvalósítása, azonban ez a bővítés jelentős többletköltségeket okoz. Ez a téma további kutatásokat tesz szükségessé.
- A támogathatósági kritériumok felülvizsgálatától függetlenül hasznos lenne, ha a program nagyobb hangsúlyt helyezne a szabványosításra, a kritériumok átlátható alkalmazására. Ez főleg az egészségügyi dolgozók számára jelentene jobb ellenőrzést és a pontos célzást is ösztönzné. Felügyelet nélkül az utalványok és az ösztönzők kiosztása körüli korrupció mindig problémát jelent majd.
- A program által lefedett szolgáltatásokat ki kell terjeszteni, hogy kifejezetten tartalmazzák a családtervezési tanácsadást és az újszülöttek alapvető gondozását.
- A jelenlegi policy megváltoztatásával el kellene érni, hogy a pénzügyi év végén fennmaradó programforrások megmaradjanak az intézményekben, és azokat ne térítsék vissza a kincstárhoz. A program sikerének biztosításához elengedhetetlen a források folyamatos rendelkezésre állása a kistérségek szintjén.
- Mivel Banglades súlyos humánerőforrás-hiányokkal szembesül, különösen a vidéki és távoli területeken, a program érintett létesítményeiben figyelmet kell fordítani arra, hogy kellő személyzet álljon rendelkezésre. A program elveszíti lendületét, ha az intézményekben nem állnak rendelkezésre képzett szolgáltatók.

- Általánosabban szükségesnek látszik a jelenleg kis méretű programiroda bővítése, hogy teljes értékű utalványkezelő ügynökségként működhessen tovább. A zökkenőmentes működés biztosításához, a pénzügyek nyomon követéséhez és a program céljainak betartását kontrolláló ellenőrzési tevékenységhez teljes munkaidős műszaki és gazdasági személyzetre van szükség.

Egy 2014-es tanulmány a keresletoldali programok közegészségügyi hatásait vizsgálta meg kritikus szemmel (GOPALAN et al. 2014). Szerzőinek célja, hogy reális értékelést adjanak arra, hogy az ilyen programok hatékonyságát vagy hatástalanná válását milyen okozati tényezők határozzák meg. A tanulmány az egészségügyi ágazat keresletoldali finanszírozásának vizsgálatát adja az alacsony és közepes jövedelmű országok tapasztalataira fókuszálva.

Ahogy már a korábbi munkákból is láthattuk, ez a módszer sok országban széles körben alkalmazott egészségfejlesztési stratégia. A meglévő bizonyítékok azonban általában csak a hatékonyságot vizsgálják, és nem a hatékonyság meghatározóit. Fontos megérteni a DSF (Demand-Side Financing = keresletoldali finanszírozás) hatékonyságának okozati útvonalaits, azaz hogy milyen mechanizmusokon keresztül valósulnak meg a hatások. Az említett tanulmány a hatásútvonalaits feltárásának logikáját foglalja össze a 19. ábrán látható vizualizációval.



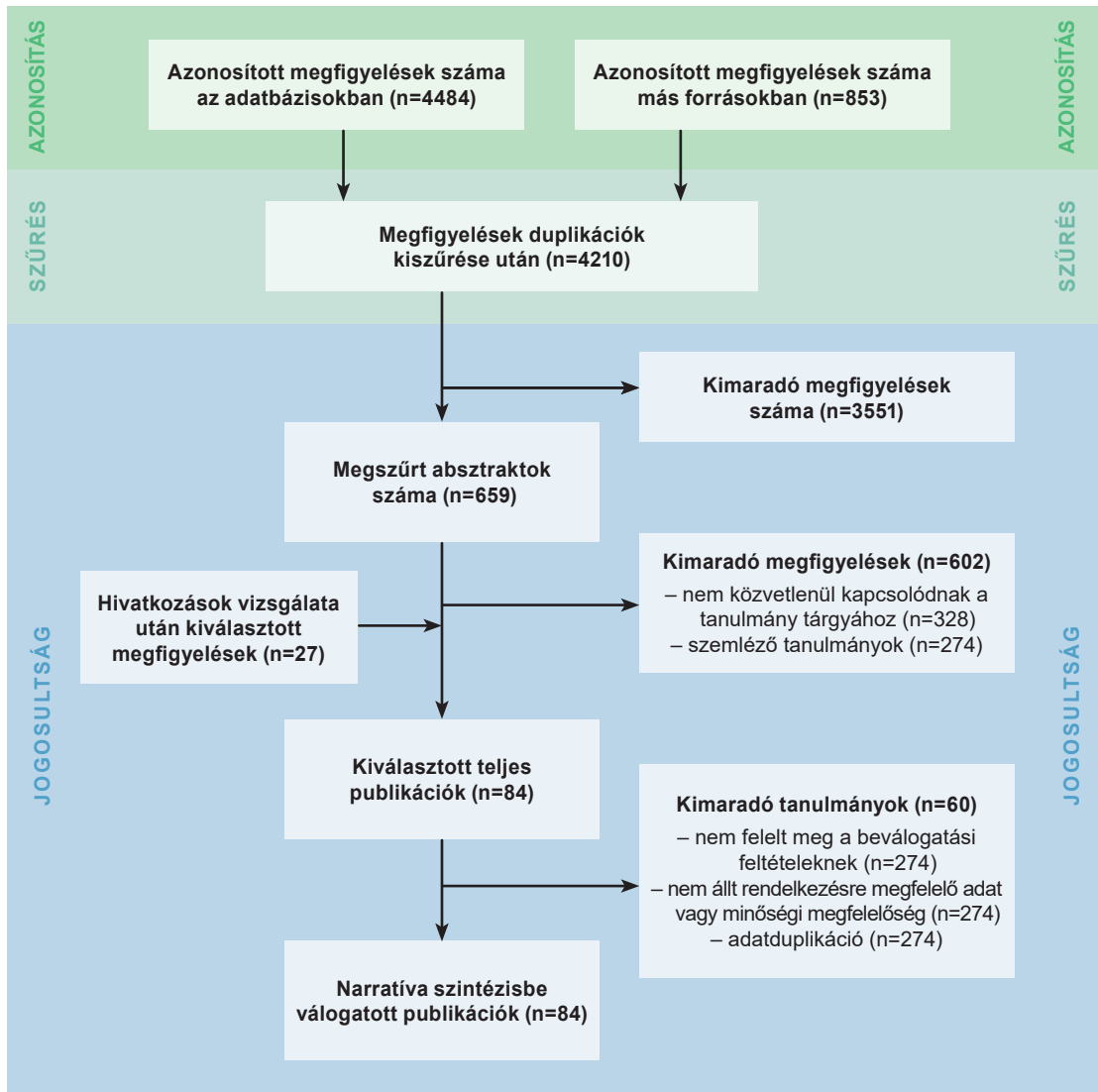
19. ábra. A vizsgált modellek okozati viszonyainak feltárására szolgáló logikai séma (Forrás: GOPALAN et al. 2014)

A szerzők által áttekintett anyag összesen hat adatbázist érintő 659 modellt tartalmazott. Az elemzés során mind a kvantitatív, mind a kvalitatív adatokat figyelembe vették, mivel a keresletoldali finanszírozási projektekre vonatkozó irodalomban az uralkodó bizonyítékok köre sajnos jelentős mértékben kvantitatív volt. Az analitikai folyamat iteratív módon valósult meg, az alábbi lépésekre épült:

Összesen 44 484 irat azonosítása történt meg, és 86 adatállomány került teljes mértékben feldolgozásra. A szelekció után 24 adatbázis teljesítette a kritériumokat. Ezek közül 9 volt kvázi kísérleti program, 8 alkalmazott randomizált kísérlet és 7 keresztmetszeti vizsgálat. A tanulmányok 12 programot vizsgáltak az alábbi földrajzi megoszlásban:

- Ázsia (n = 4)
- Afrika (n = 1)
- Latin-Amerika (n = 7)

A 20. ábra a vizsgált adatbázisok szelekciójának logikáját mutatja be:



20. ábra. A megvizsgált tanulmányok szelektálásának folyamatábrája (Forrás: GOPALAN et al. 2014)

Az áttekintés feltárta a keresletoldali programok direkt és közvetett hatásmechanizmusait, azok kontextuális meghatározóit. A vizsgálat megállapította, hogy a programok hatékonyan javították az egészség-tudatos magatartást, különösen akkor, ha a részvétel egy adott egészségügyi szemponthoz volt kötve.

A szolgáltatások elérhetősége és minősége vegyes volt. A programok a vizsgált adatok és kutatások alapján összességében hatékonyan javították az egészséges, keresőképes állapot fenntartását és bizonyos mértékben az egészséges állapotot. A módszer működésének és hatékonyságának okozati útvonala nem volt lineáris. A programok érintett célcsoportjai esetében megfigyelt kritikus tényezők

elsősorban a kedvezményezettek háttérjellemzői voltak, ideértve a társadalmi-kulturális háttérüket, motivációjukat és az egészségtudatosság szintjét.

A kínálati oldalon a szolgáltatás elérhetősége és a szolgáltatói ösztönzők voltak meghatározók. A kereslet és a kínálat közötti kölcsönhatás területén a rendszer mechanizmusai, a fogyasztók és a szolgáltatók elszámoltathatósága és a fogyasztók szolgáltatók irányában tapasztalható bizalma volt a leginkább lényeges hatású. Ezek alapján az ilyen programok hatékonyságának fokozása érdekében tervezésük és végrehajtásuk során gondosan mérlegelni kell az elemek közötti ilyen összefüggéseket, mert ezek jelentős mértékben befolyásolhatják az okozati útvonalakat, és így a beavatkozások eredményességét.

A policykövetkeztések alapvetően abból indulnak ki, hogy a keresletoldali projektek jelentősen igazolták a célzott megelőzésre vonatkozó hatásokat, így az ilyen jellegű programok létrehozása alapvetően indokolt. Ahhoz azonban, hogy alkalmasak legyenek az egészségi állapot javítására, az ilyen programokat részletes helyi kutatásoknak kell megelőznie, és a végrehajtás során figyelembe kell venni a társadalmi kontextus elemeit, amelyek az okozati mechanizmusokat lényegesen befolyásolhatják.

A programok kialakításánál biztosítani kell a megfelelő ellenőrzést és elszámolást a szolgáltatói és fogyasztói oldalon egyaránt, hogy a megjelenő kockázatok szintje minimálisra csökkenthető legyen. Ezen túl meg kell erősíteni a fogyasztók bizalmát a szolgáltatók iránt, hogy megfelelő szintű szolgáltatási színvonalat lehessen elérni.

Érdemes lehet teljesítményalapú ösztönzőket nyújtani a szolgáltatók részére, hiszen gyakoriak azok a visszajelzések, melyek a kiegészítő munkájukat nem megfelelően kompenzáló ösztönzőkre vonatkoznak. Egy jól beállított ösztönzőrendszer hozzájárulhat az irracionális előírások visszaszorításához éppúgy, mint a hálapénz jellegű korrupciós jelenségek csökkentéséhez.

Benjamin Hunter és Susan Murray 2017-ben egy szintén összefoglaló jellegű írásban igyekezett minél teljesebb képet alkotni a keresletoldali finanszírozásra épülő egészségügyi programok hatásainak értékeléséről (HUNTER–MURRAY 2017). Következtéseik szerint meglehetősen elterjedtek az ilyen modellre épülő projektek; az elmúlt 15-20 évben jelentős politikai lelkesedés volt tapasztalható a témában.

Az értékelések rávilágítottak számos, a tervezést és végrehajtást érintő részletkérdés fontosságára, melyek jelentős kihatással vannak a várható hatásosságra. Az eredmények egyértelműen jelzik, hogy a készpénzes fizetések és az utalványok rövid távon legalábbis sikeres eszközzé válhatnak az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének növelésére. A különféle lokális kontextusok, a befogadási kritériumok vagy az elosztási mechanizmusok rendkívül fontos szerepet kapnak abban, hogy egy-egy beavatkozás végül milyen eredménnyel zárul. Ha például ezek a tényezők hatékonyan kizárják a bevándorlókat, a fiatalokat vagy az átlagostól eltérő csoportokat, akkor a hatások is automatikusan gyengülnek.

Nem meglepő, hogy azok a programok, amelyek készpénzes vagy utalványos ösztönzőkkel sikeresen elősegítették a szülési gondozási szolgáltatások igénybevételét – mint például Nepál és Banglades vonatkozó projektjei –, mind gondosan megtervezett, részletesen kidolgozott, helyi kutatással a helyi igényekre szabott beavatkozások voltak.

Számos területen továbbra is szükség van kutatásra, de lényeges látni, hogy az érintett vizsgálatok a programok fontossága és a kiemelt társadalmi célok miatt hajlamosak lehetnek az elfogultságra.

Az anyai és újszülött egészségügyi programok részeként viszonylag kevés bizonyíték van a feltétel nélküli pénzáttalások végrehajtásának hatásaira, annak ellenére, hogy az ezek iránti növekvő érdeklődés miatt a nemzetközi fejlesztési közösség körében egyre nagyobb figyelmet kap ez a téma. Hasonlóképpen, az alternatív finanszírozási formák, például az egészségügyi részvényalapok összehasonlító kutatása is hasznos betekintést nyújtana, de ez még nem vizsgált területnek mondható.

6. KÖVETKEZTETÉSEK

A keresletoldali finanszírozási modellek áttekintése kapcsán az alábbi fontosabb következtetések fogalmazhatók meg a magyarországi rendszerre vonatkoztatva:

1. A magyarországi intézményfinanszírozási modell az NEAK HBCS³ alapú rendszerében és a közoktatási fejkvóták esetében egyaránt tekinthető egy részben keresletalapú rendszernek, azonban a konkrét megvalósítás (intézményen belüli utólagos finanszírozás) nem alkalmas arra, hogy a modell strukturális előnyeit megfelelő mértékben kiaknázza.
2. A kora gyermekkori ellátások kifejezetten olyan területét képezik az állami szolgáltatásoknak, ahol a későbbi közösségi hasznok tekintetében óriási jelentősége van annak, hogy egy-egy szükséges beavatkozás ne maradjon el, időben megtörténjen, s hogy a szegénység vagy a rossz infrastrukturális környezet ne akadályozhassa meg az egyes ellátási formákhoz való hozzáférés megvalósulását.
3. Magyarország globális pozíciója a legtöbb dimenzióban nem mondható kedvezőtlennek, ugyanakkor az esetek túlnyomó részében jelentős potenciál van a további fejlődésre – egy-egy jó gyakorlat átvételével szignifikáns társadalmi hasznok érhetők el.
4. Bár a strukturális problémák káros hatásai sokféle módon kezelhetők, és közel sem állítható, hogy kifejezetten a finanszírozási modellen múlik ezek megoldása, mégis ez az eszköz is figyelemre méltó lehetőséget ad ilyen jellegű eredmények elérésére.
5. Egy fontos, ezzel az eszközzel kezelhető probléma a szolgáltatásokat nyújtó intézményrendszer dezintegrált jellege. A három ágazathoz tartozó, eltérő fenntartású, sok intézményre töredezett szektor azonban önmagában nem válna egységessé egy új finanszírozási formától. Egy ilyen változás mégis olyan összekapcsolásokat hozna létre, melyek érezhetően csökkentenék a jelenlegi struktúrából adódó nehézségeket az ügyfelek szemszögéből.
6. Jelentős pozitív hatása lehetne egy keresletoldali rendszer bevezetésének az intézmények motivációs szintjének növekedésére az ügyfelek irányába. Ez egyrészt aktívabb kommunikációt, odafordulást, az ügyfélorientációt ma nem kifejezetten magas szintjének javítását hozhatja magával, másrészt azzal, hogy egyfajta versenyhelyzetet is teremt, a mainál erősebb hatással lehet az intézmények hatékonyságára is.
7. Az utalványrendszer bevezetése szükségszerűen javítaná az intézmények finanszírozását. S még ha egy ilyen változás csak minimális többletforrásokat is hoz, az ügyfeleket követő pénzmozgások révén nagyobb eséllyel valósul meg a költség az ügyfelek kiszolgálása kapcsán, mint eddig. Ez önmagában is pozitív hatással lehet a szolgáltatások színvonalára.
8. Egy utalványrendszert is alkalmazó modellváltás javíthatja a szociálisan rossz helyzetben lévő célcsoportok ellátásának szintjét. Ennek a potenciális lehetőségnek nehéz túlbecsülni a jelentőségét a ma tapasztalható társadalmi egyenlőtlenségek ismeretében.

Az irodalom eredményei alapján ugyanakkor látható, hogy egy ilyen program kidolgozása részletes előkészítő munkát igényel, továbbá a társadalmi kontextus és a helyi jellegzetességek figyelembevétele erősen kihat a várható eredményességre. A komplexitás és az adaptáció szükségessége miatt pilotprojektek megvalósítása feltétlenül indokolt.

Hasonlóképpen elmondható, hogy az eredményes programok egy-egy problémára fókuszálva alkalmazhatók meg; a teljes intézményrendszer keresletorientált megoldásokra való átültetése nem szükségszerűen jelent általános megoldást. A kérdésben további vizsgálatok elvégzésére van szükség.

³ HBCS = Homogén betegségcsoportok.

FORRÁSOK

Könyvek, tanulmányok, cikkek

- AHMED, S. – MORGAN, C. (2011): Demand-side financing for maternal health care: the current state of knowledge on design and impact. *Health Policy and Health Finance Knowledge Hub*, 1 September.
- BHATIA, M. et al. (2006): Demand Side Financing for Reproductive and Child Health Services in India. *Economic and Political Weekly*, 41(3), 279–284. p.
- BOWSER, D. – GUPTA, J. – NANDAKUMAR, A. (2016): The Effect of Demand- and Supply-Side Health Financing on Infant, Child, and Maternal Mortality in Low- and Middle-Income Countries, *Health Systems & Reform*, 2(2), 147–159. p.
- EACEA – EDUCATION, AUDIOVISUAL AND CULTURE EXECUTIVE AGENCY (2019): *Key Data on Early Childhood Education and Care in Europe – 2019 Edition*. Eurydice Report. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- ENSZ lásd UN
- GOPALAN, S. S. – DAS, A. – R. MUTASA, R. (2014): What makes health demand-side financing schemes work in low- and middle-income countries? a realist review. *Journal of Public Health Research*, 3(3), 304. p.
- GTZ (2010): *Economic Evaluation Of Demand-Side Financing (DSF) Program For Maternal Health In Bangladesh*. Bethesda (Maryland), Abt Associates Inc. – RTM International – GTZ. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Bangladesh%20DSF%20evaluation_FINAL_Feb%202010.pdf (Letöltve: 2020. 01. 21.)
- GUPTA, I. – JOE, W. – RUDRA, S. (2010): *Demand Side Financing in Health: How Far Can it Address the Issue of Low Utilization in Developing Countries?* World Health Report (2010). Background Paper, 27. WHO.
- HUNTER, B. M. – MURRAY, S. F. (2017): Demand-side financing for maternal and newborn health: what do we know about factors that affect implementation of cash transfers and voucher programmes? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1).
- HUNTER, B. M. et al. (2017): The effects of cash transfers and vouchers on the use and quality of maternity care services: a systematic review. *PLOS One*, 12(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173068> (Letöltve: 2020. 01. 25.)
- JOÓB S. – PLANKÓ G. (2013): Nem takarítanak, mióta az államé az iskola. *Index.hu*. https://index.hu/belfold/2013/01/14/sajat_penzen_vett_belyegzot_az_iskolaigazgato/ (Letöltve: 2020. 01. 05.)
- 24.HU (2015): Vigyen elemet a János Kórházba vagy felejtse el a vizsgálatot! *24.hu*. <https://24.hu/belfold/2015/12/17/vigyen-elemt-a-janos-korhazba-vagy-felejtse-el-a-vizsgalatot/> (Letöltve: 2020. 01. 05.)
- INDEX.HU (2015): Hetek óta nincs fűtés a tiszabői iskolában, szünetel a tanítás. *Index.hu*. https://index.hu/belfold/2015/11/05/hetek_ota_nincs_futes_a_tiszaboi_iskolaban_szunetel_a_tanitas/ (Letöltve: 2020. 01. 05.)
- JOÓB S. (2018): Lyukas ruhákról, elavult műszerekről, orvoshiányról írtak a Honvédkórház parancsnokának. *Index.hu*. https://index.hu/belfold/2018/10/12/honvedkorhaz_surgossegi_ellatas_fizetes_orvoshiany_apolohiany_muszerek_sbc_sbo/ (Letöltve: 2020. 01. 05.)
- KOVÁTS, G. (2006): A felsőoktatási intézmények finanszírozási modelljei. *Közgazdasági Szemle*, 53(10), 919–938. p.
- MURRAY, S. F. et al. (2012): Demand-side financing measures to increase maternal health service utilisation and improve health outcomes: a systematic review of evidence from low- and middle-income countries. *JB Library of Systematic Reviews*, 10(58), 4165–4567. p.
- NEMZETI EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ALAPKEZELŐ (2020): *Az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott egészségügyi szolgáltatás díjának elszámolása*. http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyito_megeleozo_ellatas/tajekoztatok/egbiztalap_fin_szolg_dij_elszam.html (Letöltve: 2020. 01. 03.)

- OECD (2017): *Starting Strong 2017: Key OECD Indicators on Early Childhood Education and Care*. Paris, OECD Publishing.
- LŐRINCZ T. (2016): Ismét nem fizetett a Klik, leálltak a gyerekeket szállító buszok. *Origo.hu*. <https://www.origo.hu/itthon/20160216-ismet-nem-fizetett-a-klik-lealltak-a-buszok-esztergomban.html> (Letöltve: 2020. 01. 05.)
- SANDIFORD, P. et al. (2005): *A Guide to Competitive Vouchers in Health*. Washington, World Bank.
- SCHMIDT, J-O. et al. (2010): Vouchers as demand side financing instruments for health care: a review of the Bangladesh maternal voucher scheme. *Health Policy*, 96(2), 98–107. p.
- WAGSTAFF, A. et al. (2016): Financial incentives in health: supply- vs. demand-side. Your help is needed! *World Bank Blogs*, December 13. <https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/financial-incentives-health-supply-vs-demand-side-your-help-needed> (Letöltve: 2020. 01. 10.)
- UN (2010): *Early Childhood Care and Education Regional Report, Europe and North America*. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- ZIMMER, R – BETTINGER, E. P. (2014): *Beyond the Rhetoric: Surveying the Evidence on Vouchers and Tax Credits*. https://www.researchgate.net/publication/313052809_Beyond_the_rhetoric_Surveying_the_evidence_on_vouchers_and_tax_credits (Letöltve: 2020. 01. 12.)

Magyar nyelvű, oktatási fókuszú irodalmak

- SEMJÉN A. (2019): A svéd tanügyigazgatás változásai: egy radikális modellváltás. *Educatio*, 28(2), 328–342. p.
- SZALAI Á. (2005): *Az egyéni képzési számlák rendszere Magyarországon*. Budapest, Nemzeti Felnőttképzési Intézet.
- SZITÁS J. (2006): *A felsőoktatás finanszírozásának változásai*. Doktori értekezés. Sopron, NYME-KTK Közgazdasági Intézet.

A tanulmányhoz készült interjúk

- ÉDES B. (2019): *Interjú Kiss Norbert adjunktussal* (Budapesti Corvinus Egyetem, Gazdálkodástudományi Kar, Vezetés és Kontroll Tanszék).
- ÉDES B. (2019): *Interjú Semjén András tudományos főmunkatárssal* (Magyar Tudományos Akadémia, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Közgazdaság-tudományi Intézet).



GYERMEKÚT

A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÁGAZATKÖZI FEJLESZTÉSE

EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001

Szerző:

Édes Balázs

Szakmai lektor:

Kereki Judit

Projekt szakmai vezető:

Kereki Judit

Módszertan alprojekt I. elemi projektjének koordinálását végezte:

Ágoston Kinga



**CSALÁDBARÁT
ORSZÁG**
NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

Székhely: 1134 Budapest, Tüzér utca 33–35.

E-mail: gyermekut@csbo.hu

www.gyermekut.hu

EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001

A KORA GYERMEKKORI INTERVENCIÓ ÁGAZATKÖZI FEJLESZTÉSE

CSALÁDBARÁT ORSZÁG NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT.

SZÉKHELY: 1134 BUDAPEST, TŰZÉR UTCA 33-35.

E-mail: gyermekut@csbo.hu